MINISTERO DELLA SANITA'

STATO SANITARIO DEL PAESE E ATTIVITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA NEGLI ANNI 1965-1967

RELAZIONE AL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

TIPOGRAFIA REGIONALE IN ROMA - 1968

MINISTERO DELLA SANITÀ

STATO SANITARIO DEL PAESE
E ATTIVITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA
NEGLI ANNI 1965-1967

RELAZIONE
AL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

MINISTERO DELLA SANITA'

STATO SANITARIO DEL PAESE E ATTIVITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA NEGLI ANNI 1965-1967

RELAZIONE
AL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

TIPOGRAFIA REGIONALE IN ROMA - 1968

La presente relazione
viene pubblicata nel fascicolo 3 (maggio - giugno 1968)
della rivista « Annali della Sanità Pubblica »

PRESENTAZIONE

Le periodiche relazioni sullo stato sanitario del Paese e l'attività dell'Amministrazione Sanitaria hanno sempre suscitato un vivo e profondo interesse tra tutti coloro che studiano ed operano in campo sanitario, assistenziale e sociale: tale interesse si concretò, per la precedente relazione — relativa al periodo 1959-64 — in quella attenta, profonda ed illuminata disamina da parte dell'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità, che è stata recentemente oggetto di apposita pubblicazione.

Debbo ora presentare la relazione concernente il triennio 1965-67: si tratta di un periodo in cui il Ministero della Sanità, superati i travagli e le difficoltà iniziali ed assestatosi in una dimensione propria e peculiare, ha intrapreso iniziative di studio, di ricerca e, quindi, realizzazioni, tutte tendenti ad adeguare la medicina pubblica italiana alla realtà attuale ed alle complesse esigenze di una società in costante sviluppo.

Dagli atti emergono la varietà delle iniziative e la molteplicità dei contributi di scienza e competenza che le stesse hanno coinvolto.

In questa sede, tuttavia, mi preme additare il prezioso, autorevole e determinante apporto di consulenza del Consiglio Superiore di Sanità, cui esprimo il ringraziamento, sincero e doveroso, dell'Amministrazione Sanitaria.

Sento altresì il dovere di lodare e ringraziare il personale del Ministero della Sanità che ha saputo così bene rispondere alle accresciute esigenze sanitarie di un Paese in progressiva evoluzione sociale ed economica; si è dato il meglio della dedizione e della preparazione, malgrado le carenze preoccupanti e veramente rilevanti dei ruoli e particolarmente di quelli tecnici, nei quali si registra il fenomeno dell'abbandono dell'amministrazione a mo-

tivo dell'insufficiente trattamento economico, delle difficoltà di lavoro, e delle enormi responsabilità che nel campo della pubblica salute hanno riflessi cospicui ed immediati sugli ambienti e sulle persone.

Con l'augurio che anche questo grave e basilare problema possa trovare una soluzione adeguata e sollecita, sottopongo la presente relazione all'esame del massimo Consesso Sanitario Nazionale.

E. Zelioli Lanzini

ANDAMENTO
DEI PRINCIPALI QUOZIENTI DEMOGRAFICO-SANITARI
NEL PERIODO 1965 - 67

I. - NUZIALITA'

Ha segnato, rispetto al periodo precedente, una netta tendenza alla diminuzione, passando da 8 su 1.000 abitanti del 1964 a 7,6 nel 1965, a 7,2 nel 1966 ed a 7,1 nel 1967. Le differenze che si riscontrano fra i quozienti grezzi di natalità nelle diverse Regioni vengono annullate dalla correzione per composizione per età della popolazione. Si è così tornati verso una media più vicina a quella che caratterizzava l'andamento del fenomeno prima del 1959-62.

Va rilevato che l'età media ha continuato a manifestare un andamento decrescente, passando a 28,14 nel 1964 per i maschi (contro 28,56 del 1960) ed a 24,51 per le donne (contro 24,83 del 1960). Eguale andamento caratterizza l'età mediana che nell'ultimo anno per il quale sono disponibili i dati (1964) è stata di 27,14 per gli uomini e di 23,55 per le donne. Non si notano marcate differenze regionali se si esclude la persistenza della Sardegna su valori superiori alla media nazionale; nelle regioni del triangolo industriale non si è notata, almeno fino al 1914, una diminuzione più marcata dell'età media del matrimonio.

Va rilevato che sul piano europeo l'Irlanda presenta il quoziente più basso (5,8) per ben noti motivi sociali (la rinuncia al matrimonio rappresenta storicamente in quel Paese una forma di limitazione delle nascite) e la Jugoslavia quello più elevato (8,9 nel 1961). La gran parte dei Paesi europei (1965) ha quozienti grezzi che vanno da 7 ad 8. Gli U.S.A. sono al di sopra di 9,0 e l'Unione Sovietica è a 8,2. In Europa, Francia, Olanda e Inghilterra hanno avuto un aumento della nuzialità nell'ultimo decennio.

Gli sposi dei Paesi europei hanno in genere una età media per gli uomini di 25 anni e per le donne di 22. Si nota, anzi, una tendenza ad una diminuzione più marcata rispetto a quella italiana.

Tenendo conto dell'andamento della congiuntura economica e dei livelli di occupazione, si ritiene che fattori di carattere culturale abbiano la prevalenza rispetto a quelli di carattere economico nel far persistere una tendenza al matrimonio in età più elevate rispetto a quelle proprie degli altri Paesi europei.

Fino a non molto tempo fa la compulsazione delle schede di stato civile poteva fornire indicazioni circa la diffusione dell'*analfabetismo adulto*. Infatti, viene valutata la percentuale di sposi che non hanno sottoscritto l'atto di matrimonio in quanto analfabeti. Tale percentuale è ora passata dal 13,4‰ del 1960 al 5,6‰ del 1964 e globalmente presa non è probabilmente indicativa dell'effettiva distribuzione dell'analfabetismo adulto rispetto, ad esem-

pio, alle rilevazioni dei censimenti ed ai dati ricavabili dalle autorità militari. Tuttavia, se si considera che in Calabria il 28,1‰ degli sposi non sono stati in grado di sottoscrivere l'atto di matrimonio nel 1964 contro lo 0,4‰ del Trentino - Alto Adige, si riproduce la netta differenza fra Nord e Sud e si ripropone il problema del suo superamento.

In questi ultimi anni, attraverso le ricerche sulle concause della mortalità infantile è stata confermata ampiamente l'influenza dell'analfabetismo delle madri sulla ipermortalità precoce ed è da rilevarsi la difficoltà di raggiungere attraverso i normali canali di comunicazione strati di popolazione che non comprendono i messaggi scritti.

Per quanto riguarda la percentuale di *matrimoni fra consanguinei* vi sono state oscillazioni da 3,8% (1962) a 2,6% (1963) per risalire al 4,2% nel 1964. La tendenza al decremento che si era osservata nel decennio 1951 - 61 non è stata pertanto confermata.

II. - NATALITA'

L'andamento crescente che aveva caratterizzato il quinquennio precedente si è convertito, come dimostrano i valori del 1965 (18,8), 1966 (18,5) e 1967 (17,7). I valori italiani rimangono intermedi fra i massimi dell'Irlanda (21,6 nel 1966), Jugoslavia (20,2 nel 1966), Portogallo (22,3 nel 1966), Spagna (20,7 nel 1966) e quelli minimi dell'Ungheria (13,6), Romania (14,3) e Svezia (15,8), sempre nel 1966.

In effetti, come già indicato, il confronto fra gli indici grezzi di natalità non ha gran valore rispetto alla comparazione fra gli indici di fecondità. Maggiore importanza assume la natalità calcolata nel tempo per raggruppamento di Paesi.

Si consideri, ad esempio, l'andamento in Europa ed altri Paesi:

	1925-29	*1935-39*	*1945-49*	*1950-54*	*1955-59*	*1960-64*
Europa . . . . . (senza URSS)	24,2	20,4	20,9	19,8	19,2	18,7
Europa settentrionale	18,0	15,8	19,3	16,7	16,7	17,9
Europa occidentale .	19,1	17,3	18,8	17,6	17,6	18,4
Europa meridionale	30,8	23,1	22,4	23,6	21,5	17,5
U.R.S.S.	44,4	37,6	—	26,4	25,3	22,4
Giappone	34,0	29,2	30,2	23,7	18,2	17,2
U.S.A.	20,1	17,2	23,4	24,5	24,6	22,4
Australia . . .	21,6	17,2	23,1	23,0	22,6	21,9
Nuova Zelanda . .	20,2	18,8	26,5	25,8	26,3	25,8

Dal calcolo effettuato dall'OECE sull'evoluzione demografica dei Paesi europei risulta che in Germania, Austria, Francia, Olanda ed Inghilterra è aumentata la fecondità dei matrimoni. Per l'Italia l'aumento verificatosi fra il 1959 - 1964 (4.682.000 nati contro una previsione di 4.543.000 se fossero rimasti immutati i quozienti del periodo precedente) è dovuto alla maggiore fecondità delle donne al disotto dei 35 anni.

Per quanto riguarda l'andamento del fenomeno nelle regioni non si sono osservate notevoli differenze nel decremento che sembra procedere tuttavia a ritmo più lento in Puglia e Campania con stasi in Emilia e Romagna che tuttavia è nel gruppo con valori più bassi. La Lombardia rimane a valori più elevati rispetto alle altre regioni settentrionali, per il probabile effetto dell'immigrazione meridionale, mentre la tendenza al notevole decremento per l'Umbria potrebbe collegarsi con la congiuntura economica e sociale non molto favorevole per tale regione. Lo scostamento attuale del quoziente campano (24,1) rispetto al valore nazionale è del 30% in più, mentre quello del Friuli - Venezia Giulia è del 24% inferiore (14,0).

Per quanto riguarda i nati illegittimi, la percentuale dei medesimi rispetto ai nati vivi non ha subito grandi variazioni, passando dal 2,2% del 1963 al 2,0% del 1965. Netta, tuttavia, rimane la diminuzione rispetto al 1955 (3,2%) ed al periodo 1956 - 62 (media 2,6%).

Rimane l'addensamento nel Trentino - Alto Adige (3,8% nel 1965) ed il valore più basso è quello delle Marche (0,9). Le percentuali degli illegittimi riconosciuti segnano un lieve, ma costante aumento (dall'86,9% del 1963 all'87,2% del 1965, contro una media dell'85% nel 1955 - 62).

Il primato spetta sempre al Trentino - Alto Adige (97,5% nel 1965), chiaro indice dell'accettazione sociale della nascita al di fuori del matrimonio, in quella regione. Ed è interessante notare come la percentuale più bassa di riconoscimenti si abbia nelle Marche (77,4%). L'indice di *correlazione* fra percentuale di illegittimi sul totale dei nati e percentuali degli illegittimi riconosciuti nelle regioni italiane (media valori 1963 - 65) è di 0,74.

III. - MORTALITA' GENERALE

Si è mantenuta costantemente inferiore a 10 morti per 1.000 abitanti:

1965 = 9,8 1966 = 9,3 1967 = 9,5

Appare costante la ipermortalità settentrionale con Calabria e Basilicata che mantengono i valori più bassi.

Nella precedente relazione si sono indicati gli elementi che fanno ritenere che l'influenza della maggior percentuale di anziani nella popolazione delle regioni settentrionali solo in parte possa spiegare il fenomeno.

Per quanto riguarda i confronti internazionali, non vi sono state novità di rilievo rispetto agli andamenti degli anni decorsi: il quoziente basso di Israele (6,2 nel 1966) è sempre sostenuto da una popolazione molto giovane mentre la correzione per gruppi di età riduce solo lievemente la differenza fra il 7,6 del Canadà ed il 12,5 dell'Austria. Lievi aumenti si sono verificati in Irlanda, Portogallo, Inghilterra e Danimarca tutte Nazioni che sono al di sopra dei 10, mentre Australia, N. Zelanda, Jugoslavia, Grecia, Olanda sono al di sotto di 9.

IV. - INCREMENTO E PREVISIONI DEMOGRAFICHE

L'incremento *reale* della popolazione italiana negli ultimi anni deriva dalla diminuzione del flusso emigratorio (51.000 nel periodo 1959 - 1964, contro 170.000 previsti). Senza tener conto dell'emigrazione può prevedersi:

— per il 1970, una popolazione di 55 milioni di abitanti;

— per il 1980, una popolazione di 59,16 milioni di abitanti.

Come distribuzione per gruppi di età la popolazione attiva (15 - 64 anni per maschi, 15 - 59 anni per donne) si può prevedere:

	1965	*1970*	*1980*
Maschi	17,03	17,58	18,59
Femmine	16,21	16,51	17,58

Il rapporto fra persone al di sopra dei 65 anni per 1.000 persone in età attiva passerà da:

1965	*1970*	*1980*
193	211	235

Il rapporto fra persone al di sotto dei 12 anni per 1.000 persone in età attiva passerà da:

1965	*1970*	*1980*
380	389	401

Ciò senza tener conto dell'emigrazione: presupponendo una media di 30.000 emigrati all'anno porterà ad una ulteriore diminuzione della quota di popolazione attiva per cui si aggraverà il carico della popolazione non produttiva su quella produttiva.

V. - MORTALITA' INFANTILE

Ha continuato a decrescere, ma con ritmo sempre lento:

1965 : 36,0 1966 : 34,3 1967 : 32,8

Considerando l'andamento generale si deve rimarcare una discreta riduzione in diverse regioni meridionali che hanno attenuato il proprio scostamento dal valore nazionale con la dolorosa eccezione della Campania che rimane la regione a quoziente più elevato.

Nell'Italia Centrale si è avuto un arresto nella curva decrescente della mortalità il che impone una ripresa della prevenzione e dell'assistenza.

Considerando la mortalità *neo-natale* (1° mese di vita) si può constatare come le differenze regionali rispetto alla media nazionale siano inferiori rispetto a quelle dei quozienti di mortalità infantile.

Ecco il confronto relativo al 1965; con cifre percentuali rispetto al quoziente nazionale:

	Mortalità neo-natale (1° mese)	*Mortalità infantile* (1° anno)
Piemonte	118%	94%
Val d'Aosta . . .	69	79
Liguria	96	80
Lombardia	93	81
Trentino	89	78
Veneto	84	71
Friuli	98	84
Emilia e Romagna .	97	79
Marche	91	76
Toscana	87	69
Umbria	89	73
Lazio	88	78
Campania	120	137

	Mortalità neo-natale (1° mese)	Mortalità infantile (1° anno)
Abruzzi	77%	78%
Molise	101	120
Puglie	105	138
Basilicata	109	147
Calabria	111	131
Sicilia	108	122
Sardegna	90	107
ITALIA . . .	100	100

Le deduzioni sono implicite e riguardano l'importanza della mortalità post-neonatale nella mortalità infantile delle regioni meridionali, cioè di cause prevalentemente legate a malattie infettive e a disturbi della nutrizione.

Il confronto con altri Paesi, riferito al 1966, indica che:

— *sul piano europeo, per la mortalità infantile*:

1) Finlandia, Svezia e Olanda sono al disotto di *15*, con un minimo di 12,6 della Svezia;

2) Svizzera, Danimarca ed Inghilterra si trovano fra 15 e 20;

3) al di sopra di 30 si hanno i valori della *Romania* (46,6), *Portogallo* (64,7), *Polonia* (38,6), *Ungheria* (38,5), e *Grecia* (33,7), nonchè *Italia* (34,3);

4) La *Spagna* invece, con 26,7, è passata nel gruppo più numeroso: quello fra 20 e 30.

— sul *piano mondiale,* solo Giappone (19,3), Australia (18,2) e Nuova Zelanda (17,7) sono al disotto di 20. Gli Stati Uniti sono sui 23.

Mortalità neo-natale. Il quoziente italiano (circa 22 morti nel primo mese, su 1.000 nati vivi) si colloca sempre fra i valori più elevati.

Hanno infatti 15 o meno, soltanto la Svezia (10,3), l'Olanda (11,2), la Finlandia (13,6), l'Inghilterra (12,9), il Giappone (12,0), l'Australia (13,2) e la Nuova Zelanda (12,1).

Francia, Israele, Germania, Islanda, Grecia, Danimarca ed U.S.A. sono fra 15 e 20.

Valori più elevati di quello italiano si hanno in Romania (25,4), Ungheria (27,1) e nel Portogallo (25,1).

Considerando la *mortalità post-neonatale* si può constatare come nel periodo 1963 - 64 sono morti in *Italia* 4,6 bambini in età da 28 giorni a 2 mesi su 1.000 nati vivi, contro 0,9 della Svezia; valori fra 1-2 dell'Olanda, Svizzera, Australia, Danimarca; valori fra 2 e 4 dell'Inghilterra, U.S.A., Cecoslovacchia, Belgio e Francia e valori superiori a 10 della Jugoslavia, Polonia e Portogallo.

Lievemente più elevato è stato il quoziente fra 3 e 5 mesi (4,9‰). Negli altri Paesi troviamo valori inferiori ad 1 in Olanda e Svezia; valori fra 1-2 in Svizzera, Inghilterra, Australia e Danimarca; fra 2 e 3 in Cecoslovacchia, U.S.A., Francia; con 3,1 in Belgio, 9,1 in Polonia e fino a 15 in Portogallo.

La mortalità si abbassa nel bimestre successivo (6-8 mesi): 2,9‰ e la graduatoria per gli altri Paesi più o meno è la stessa con un valore minimo di 0,5% della Svezia ed un massimo di 8,9 del Portogallo.

Nel periodo 9-11 mesi si ha in Italia 1,7‰, in Svezia 0,2‰, in Olanda e Svizzera valori inferiori a 0,5 e quozienti intorno a 0,6 nella maggior parte degli altri Paesi nord-occidentali (Jugoslavia e Portogallo sono entrambi a 5,8‰).

L'esame comparativo delle principali cause di mortalità infantile — sempre riferentesi allo stesso periodo e *rapportato a 100.000 nati vivi* — non porta a considerazioni diverse da quelle svolte nella precedente relazione.

Per le *malattie infettive* il quoziente italiano di *84,8* è superato soltanto dalla Polonia (202), Portogallo (238) e Jugoslavia (349), ed è 8 volte superiore a quello dell'Olanda (11,4), mentre la Danimarca e la Svezia sono intorno a 12,4, l'Inghilterra a 19,6, gli U.S.A. a 32, la Svizzera a 34, essendo il valore medio delle restanti nazioni occidentali intorno a 40.

Va rilevato che su 100 morti per tale categoria 8,5 avvengono in età inferiore ad 1 mese, 18 sono causate dal morbillo, 29 da setticemie e piemie, 8,4 da pertosse, 2,7 da tetano, 4 dalla sifilide e 2,5 dalla poliomielite. La maggior quota residua è rappresentata dalla meningite meningococcica (12 su 100).

Polmonite e *broncopolmonite* insieme provocano *454 morti,* quoziente molto elevato se paragonato a: *24* dell'Olanda, *35* della Svezia, *43* della Svizzera, *49* della Finlandia, *65* della Francia e *67* della Danimarca. Il Belgio ha quoziente 106 mentre la maggior parte degli altri Paesi occidentali (U.S.A., Inghilterra, Germania) hanno valori che si aggirano sui 200.

Questa mortalità caratterizza le profonde differenze fra i quozienti di alcuni Paesi: infatti la Polonia ed il Portogallo hanno 920 e 930 e la Jugoslavia presenta 1.185.

Meno importanti appaiono le differenze relative alla mortalità per *bronchite* che in Italia è 62, in molti Paesi nordici fra 15 e 40, in Polonia 49, in Jugoslavia 70 ed in Portogallo 106.

Nella *gastrite* e *duodenite* si riproducono i distacchi fra Paesi a mortalità infantile elevata e Paesi a più basso indice. Infatti:

ITALIA	290,5	Danimarca	41,4
Olanda	12,5	Germania Federale	42,0
Svezia	13,1	U.S.A.	49,0
Francia	20,5	Polonia	452,0
Australia	38,0	Jugoslavia	642,0
Svizzera	40,1	Portogallo	1950,0
Inghilterra	41,0		

Laddove, invece, si hanno differenze non importanti ed anzi talvolta si nota una tendenza inversa rispetto all'andamento dei quozienti è in altre cause non legate al livello igienico ma dovute a fattori ambientali ed influenzate da caratteristiche sociologiche (quali la maggiore frequenza di parti in ospedale e la minore sorveglianza dei neonati nell'ambiente familiare):

	Malformazioni congenite	*Lesioni ostetriche*	*Asfissia ed Atelectesia post-natale*	*Accidenti*	*Malattia emolitica neonato*
Italia	340,2	252,0	380,4	11,5	51,7
Olanda	370,5	270,5	120,5	27,2	38,4
Danimarca	408,5	210,5	390,0	39,5	32,5
Inghilterra	410,5	215,0	310,0	70,4	36,8
U.S.A.	355,4	208,0	420,0	80,7	39,4
Francia	380,0	205,0	110,5	62,0	27,5
Germania	400,7	293,4	275,0	58,0	38,4
Polonia	420,5	307,5	260,0	51,0	47,7
Portogallo	260,7	220,5	240,5	20,7	64,9
Jugoslavia	168,7	210,5	237,1	19,7	29,7

Il confronto relativo alla malattia emolitica del neonato non sembra tuttavia legittimo, non potendosi prendere in considerazione il numero dei nati morti per incompatibilità materno - fetale.

VI. - NATI-MORTALITA'

Vi è stata una diminuzione costante più marcata fra il 1966 ed il 1967:

1965 = 19,8 1966 = 19,4 1967 = 18,1

Le differenze fra le regioni settentrionali e meridionali sono sempre marcate ed anzi si notano tendenze alla stasi ed all'aumento dei quozienti di alcune regioni meridionali ed insulari.

I confronti internazionali non sono facili a causa del limite diverso di separazione fra aborto e nato-morto. Va rilevato tuttavia che nell'ultimo anno, per il quale si hanno dati (il 1964), gran parte dei Paesi Occidentali (U.S.A., Canada, Austria, Ungheria, Svizzera, Svezia, Danimarca, Germania Federale) erano al disotto di 13, con un minimo di 9,8 della Finlandia e di 9,7 della Jugoslavia; Belgio, Francia, Grecia, Olanda, Romania, Inghilterra erano fra 13 e 16.

Quozienti più elevati di quello italiano si avevano per la Spagna (23,0) ed il Portogallo (26,8).

L'importanza della nati-mortalità (o meglio della mortalità fetale tardiva) richiede una analisi dettagliata.

Intanto non sembra che la *consanguineità dei genitori* sia molto importante, si ha infatti (media 1963-64) l'1,6% dei nati morti da genitori consanguinei, contro una media nazionale del 2,5-3% di matrimoni fra consanguinei.

La gemellarità, invece, incide in quanto il quoziente di *nati-mortalità sui parti semplici* è stato nel 1964 di 20,1, mentre sui *parti plurimi* è salito a *48,4*.

Su 100 nati morti nel 1964:

il 30,6% era dovuto a *cause materne* fra le quali la *sifilide* incide ancora per 1,3% del totale, mentre le *tossiemie gravidiche,* con la loro rilevanza (18,5%), sono un indice di livello di igiene pre-natale non ottimale;

il 24,3% era dovuto a *cause fetali* fra le quali l'*eritroblastosi* incide solo per l'1,6% del totale;

il 38,6% a cause imputabili agli *annessi,* soprattutto placenta previa ed anomalie del funicolo;

il 6,4% a malformazioni congenite, con assoluta prevalenza di quelle a carico del sistema nervoso centrale.

	Nuzialità			Natalità		
	1965	1966	1967	1965	1966	1967
Piemonte	6,9	6,5	6,3	15,2	14,9	14,4
Valle d'Aosta	7,6	6,8	6,5	14,5	14,5	13,8
Liguria	6,7	6,4	6,2	14,2	13,7	12,6
Lombardia	7,6	7,2	6,9	18,4	18,1	17,0
Trentino - Alto Adige . .	7,4	7,1	7,2	20,4	19,4	18,9
Veneto	8,1	7,7	7,6	19,2	18,8	17,8
Friuli - Venezia Giulia . .	7,2	7,0	6,7	14,4	14,0	13,3
Emilia Romagna . . .	7,3	7,0	6,9	14,6	14,6	13,8
Marche	7,5	7,1	7,2	15,5	15,2	14,7
Toscana	7,3	6,8	6,8	14,7	14,5	13,7
Umbria	8,1	7,8	7,9	15,0	14,3	13,7
Lazio	7,7	7,3	7,1	19,9	19,4	18,2
Campania	8,4	8,0	7,7	24,5	24,1	23,2
Abruzzi	8,0	7,7	7,3	16,3	15,7	15,2
Molise	7,2	6,9	6,8	16,0	15,8	15,1
Puglie	8,1	7,6	7,5	23,8	23,4	22,4
Basilicata	7,4	7,3	7,2	20,6	19,8	19,9
Calabria	7,8	7,4	7,3	22,0	21,5	20,8
Sicilia	7,5	7,3	7,1	20,6	20,3	20,0
Sardegna	6,7	6,8	6,4	22,3	21,9	21,3
ITALIA . . .	7,6	7,2	7,1	18,8	18,5	17,7

MOGRAFICO-SANITARI PER REGIONE

Mortalità generale			Mortalità infantile			Nati-mortalità		
965	1966	1967	1965	1966	1967	1965	1966	1967
2,3	11,2	11,7	33,6	28,4	27,7	15,6	15,4	13,4
0,9	10,1	11,0	28,3	21,6	41,3	9,1	14,2	14,0
1,7	11,1	11,4	28,7	25,2	27,6	14,6	13,5	15,2
0,5	9,9	10,1	28,8	28,6	26,6	14,3	13,3	11,2
0,3	9,9	9,9	27,9	30,2	23,4	14,3	13,4	11,5
0,1	9,3	9,5	25,4	23,0	21,3	12,5	12,8	12,6
2,3	11,5	12,0	29,8	28,2	22,9	11,2	12,3	10,6
0,3	10,0	10,4	28,8	27,5	27,2	13,8	13	12,5
9,2	8,8	9,4	27,0	23,4	24,8	16,2	14,2	13,1
0,7	10,3	10,4	24,7	25,5	23,8	14,4	14,3	13,7
9,6	9,6	9,7	26,1	32,7	32,7	17,1	15,7	16,7
8,3	8,0	8,1	27,9	28,3	28,3	17,0	16,1	14,4
8,8	8,5	8,5	48,7	51,9	50,7	27,9	28,2	25,6
9,0	8,6	8,8	27,8	28,0	29,4	21,4	19,8	16,4
9,1	9,1	9,3	42,9	33,6	35,7	32,8	27,5	31,4
8,5	8,1	8,0	49,1	46,1	40,4	27,1	25,8	25,1
7,9	7,6	7,7	52,3	45,0	49,0	35,3	37,3	32,8
7,8	7,5	7,3	46,7	42,5	39,9	29,1	26,7	25,7
9,2	8,7	8,8	42,3	38,4	35,8	27,4	26,7	23,9
8,1	7,9	7,9	38,2	26,8	36,3	18,8	19,8	17,4
9,8	9,3	9,5	35,6	34,3	32,8	19,8	19,4	18,1

VII. - LA MORTALITA' IN ALCUNE ETA'

Sembrano importanti i confronti dei quozienti su 1.000 coetanei della mortalità fra 1 - 4, 5 - 9, 10 - 14 e 15 - 19 anni, rispetto a quella fra 65 - 69, 70 - 74 e 75 - 79 anni (riferiti agli anni 1963 - 64).

Gruppi di età:	1-4	5-9	10-14	15-19	65-69	70-74	75-79	80-84	85 e oltre
Italia	1,5	0,5	0,4	0,8	27,4	44,1	73,7	122,3	204,1
Olanda . . .	1,0	0,5	0,4	0,6	24,8	39,8	66,4	108,7	197,2
Francia . .	1,0	0,5	0,4	0,8	34,6	57,8	94,9	151,9	257,3
Germania Fed.	1,1	0,5	0,4	0,9	29,8	47,6	78,9	128,8	218,7
Inghilterra .	0,8	0,4	0,3	0,7	30,2	47,6	74,8	127,0	202,9
Svizzera .. .	1,2	0,5	0,4	0,7	26,9	43,2	71,2	150,0	
Svezia . . .	0,6	0,4	0,3	0,7	24,1	40,8	70,1	117,9	212,1
Portogallo . .	6,5	1,2	0,7	1,1	28,8	48,4		122,5	
Polonia . .	1,4	0,5	0,4	0,7	30,9	50,5	80,5	129,2	217,9
U.S.A. . . .	1,0	0,4	0,4	0,9	31,5	45,4	67,9	107,5	199,8
Australia . .	1,0	0,5	0,4	0,9	31,9	51,4	79,2	130,9	229,0

Salvo che nel gruppo 1 - 4, che risente delle stesse caratteristiche della mortalità infantile, non si notano profonde differenze nella mortalità precoce ed in quella delle età pensionabili. Apparentemente anche il confronto fra mortalità dell'età di mezzo se fatto per tutte le cause di morte non è molto significativo, ma lo diventa se si considera, ad esempio, la mortalità per arteriosclerosi delle coronarie nel gruppo di età 50 - 54 fra i maschi (Italia, 163 su 100.000 coetanei, U.S.A., 457,5; Inghilterra, 366; Danimarca 236; Finlandia, 564,0; Germania, 222,0; Grecia, 74,0; Portogallo, 93,0; Jugoslavia, 74).

VIII. - ANDAMENTO DELLE PRINCIPALI CAUSE DI MALATTIA

Il decremento delle malattie infettive è costante nel tempo e riguarda soprattutto la tubercolosi dell'apparato respiratorio; l'incremento dei tumori è anch'esso costante e si mantiene sul 2,0% annuo. Ha cominciato a delinearsi una minima riduzione nella mortalità per tumore dello stomaco, in analogia a quanto verificatosi in altri Paesi occidentali, mentre il tumore del polmone aumenta al ritmo del 6% annuo.

Fondamentalmente in aumento, malgrado qualche oscillazione, la mortalità per malattie del sistema cardio - circolatorio mentre le morti per malattie del sistema nervoso tendono alla stasi.

Nelle malattie dell'apparato respiratorio le oscillazioni di anno in anno sono molto marcate, mentre le diminuzioni della mortalità per malattie dell'apparato digerente non sono costanti ed hanno subito una sosta dopo il 1959.

Le ondulazioni della mortalità per senilità dimostrano le difficoltà di classificazione delle morti di anziani, essendo rimasta invariata invece la percentuale dei decessi da cause mal definite o sconosciute.

In crescendo la mortalità per incidenti e cause violente, soprattutto in virtù degli incidenti da traffico (il numero di queste morti è ormai 2 volte e mezzo quello dei morti per tubercolosi).

Ecco il grado dei quozienti per 100.000 abitanti delle principali cause di morte nel triennio:

	1965	*1966*	*1967*
Malattie infettive	19,2	16,5	14,7
Tumori	166,8	169,4	170,8
Malattie del sistema nervoso . .	148,8	144,0	143,0
Malattie del sistema circolatorio	307,7	289,3	300,0
Malattie dell'apparato respiratorio	79,0	65,9	73,5
Malattie dell'apparato digerente	57,0	55,1	56,7
Senilità	63,4	57,7	59,1
Cause accidentali	44,8	43,8	45,1

UFFICIO STUDI E LEGISLAZIONE

Il triennio 1965 - 1967 ha coinciso con il periodo cruciale della IV Legislatura, in cui si è svolto il massimo sforzo di rinnovamento delle strutture sanitarie del nostro Paese e sono stati finalmente affrontati ed approfonditi problemi che erano rimasti insoluti da decenni e che nessuno aveva avuto la forza di portare avanti con tenacia e decisione.

In tale clima l'Ufficio Studi e Legislazione ha svolto un ruolo propulsivo di primo piano, partecipando attivamente alla elaborazione di tutti i provvedimenti legislativi emanati o soltanto predisposti e ciò sia nella fase consultiva (ad es. mediante partecipazione a commissioni) sia nella concreta stesura dei provvedimenti stessi, nelle varie versioni dovute alle vicissitudini dell'iter parlamentare, sia infine nella fase interpretativa, mediante la elaborazione di circolari interpretative e le risposte a quesiti degli uffici centrali e periferici del Ministero, nonchè di altri organismi o di privati.

Quanto sopra riguarda non soltanto i provvedimenti di iniziativa del Ministero della sanità, ma anche quelli cui lo stesso ha partecipato in qualità di concertante; a ciò si aggiunga l'intensissimo lavoro, specie a fine Legislatura, relativo all'esame delle proposte di legge di iniziativa parlamentare, delle quali soltanto una piccola parte è giunta a concretizzarsi in legge, ma che hanno tutti comunque richiesto una attenta valutazione.

Esiste inoltre una parte dell'attività dell'ufficio di cui non rimane traccia ma che ha anch'essa assorbito tempo ed energie; la consulenza verbale, ma non meno impegnativa che, specie da parte del capo dell'ufficio, è stata fornita quotidianamente al Ministro, al Sottosegretario, al Gabinetto e alle segreterie in ogni occasione.

Tutto ciò naturalmente senza abbandonare il consueto lavoro di normale consulenza per l'applicazione delle leggi già vigenti, le ricerche dottrinali e giurisprudenziali, le richieste di pareri al Consiglio di Stato, ecc.

Non si esagera pertanto se si osserva che l'Ufficio Studi e Legislazione è stato quello che nell'ambito del Ministero, ha sostenuto il massimo sforzo nel portare a compimento il vero e proprio « balzo in avanti » dell'amministrazione sanitaria cui si accennava nelle premesse; va notato incidentalmente che, nel periodo indicato, l'ufficio non ha avuto, nè d'altronde richiesto, alcun aumento della propria dotazione organica di personale.

Occorrerebbe ora accennare ad alcuni dei principali provvedimenti legislativi giunti a realizzazione nel periodo considerato o nei primissimi mesi del 1968: la legislazione sugli invalidi civili, la riforma ospedaliera, le innovazioni alla disciplina dei trapianti d'organo, i provvedimenti in materia di

igiene degli alimenti e nutrizione, la legge stralcio sull'assistenza psichiatrica, la legge sull'obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica, la legge e il primo regolamento di attuazione sull'inquinamento atmosferico, i provvedimenti per la difesa e il risanamento del patrimonio zootecnico, l'impostazione (iniziata con la legge e il regolamento sui tecnici di radiologia) di una nuova ed esauriente disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

Ma soffermarsi anche brevemente su ciascuno dei cennati argomenti porterebbe ad esorbitare dai limiti imposti alla presente relazione e a rischiare di ripetere ciò che si ritiene riferiranno le direzioni generali direttamente interessate ai singoli provvedimenti.

Si fornisce qui di seguito un elenco completo, di per sè eloquente, dei provvedimenti in materia sanitaria approvati nel corso degli anni 1965-67:

ANNO 1965

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Attuazione del regime dei prelievi nei settori del latte e dei prodotti lattiero-caseari delle carni bovine e del riso.	28 19 febbraio 1965	45 20 febbraio 1965
Norme sugli organi di vigilanza e di tutela e sulla nomina del Presidente del Pio Istituto Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma.	125 25 febbraio 1965	68 16 marzo 1965
Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 15 marzo 1965, n. 124, recante interventi per la ripresa della economia nazionale.	431 13 maggio 1965	120 14 maggio 1965
Disposizioni sul collocamento a riposo degli ufficiali sanitari medici condotti e veterinari condotti.	459 7 maggio 1965	128 22 maggio 1965
Modificazioni alla legge 3 agosto 1949, n. 589.	574 30 maggio 1965	138 5 giugno 1965

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Modifiche alle leggi 8 gennaio 1952, n. 6 e 25 febbraio 1963, n. 289, riguardanti la previdenza e assistenza forense e istituzione dell'assistenza sanitaria a favore degli avvocati e procuratori legali.	798 5 luglio 1965	177 17 luglio 1965
Proroga delle disposizioni transitorie per i concorsi a posti di sanitari e farmacisti ospedalieri.	905 21 luglio 1965	190 31 luglio 1965
Deroga all'art. 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, per elevare transitoriamente i limiti di età per l'ammissione alle scuole per infermiere e infermieri generici.	913 21 luglio e rettifica D.P.R. 5 maggio 1966, n. 280	192 2 agosto e rettifica 18 maggio 1966 n. 121
Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di tecnico di radiologia e terapia fisica.	1103 4 agosto 1965	247 1° ottobre 1965
Agevolazioni tributarie a favore dell'Associazione volontari italiani del sangue (A.V.I.S.).	1415 18 dicembre 1965	2 4 gennaio 1965
Modifiche alla legge 25 marzo 1959, n. 125, contenente norme sul commercio all'ingrosso dei prodotti ortofrutticoli, delle carni e dei prodotti ittici.	107 24 febbraio 1965	61 10 marzo 1965
Modifiche all'art. 14 della legge 25 marzo 1959, n. 125, recante norme sul commercio all'ingrosso dei prodotti ortofrutticoli delle carni e dei prodotti ittici.	410 12 aprile 1965	116 10 maggio 1965
Attribuzione di personalità giuridica pubblica all'Unione generale invalidi civili.	458 23 aprile 1965	128 22 maggio 1965
Disposizioni a favore dell'Unione italiana dei ciechi.	589 26 maggio 1965	142 9 giugno 1965

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Estensione ai sanitari degli istituti per l'infanzia delle disposizioni della legge 24 luglio 1954, n. 596, sul collocamento a riposo.	840 13 luglio 1965	183 23 luglio 1965
Aumento del contributo annuo a favore del Comitato internazionale della Croce Rossa.	1187 13 ottobre 1965	277 6 novembre 1965
Concessione di un contributo all'Università di Perugia per la sezione di ricerche sul cancro esistente presso l'Istituto di anatomia patologica.	1220 29 ottobre 1965	283 23 novembre 1965
Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo relativo allo scambio dei reattivi per la determinazione dei gruppi sanguigni, con protocollo ed annessi, firmati a Strasburgo il 14 maggio 1962.	1474 29 ottobre 1965	n. 8 suppl. ord. 12 gennaio 1966
Modifiche alla legge del 26 febraio 1963, n. 441, sulla disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.	1367 6 dicembre 1965	317 21 dicembre 1965
Concessione di un contributo annuo all'Associazione italiana della Croce Rossa.	1487 17 dicembre 1965	14 18 gennaio 1966
Modificazioni alla legge 6 dicembre 1964, n. 1331, sull'autorizzazione all'Istituto Superiore di Sanità di valersi dell'opera di persone estranee all'Amministrazione dello Stato.	1418 23 dicembre 1965	325 31 dicembre 1965
D.P.R. contenente modifiche ed integrazioni alla legge 31 dicembre 1962, n. 1860, sull'impiego pacifico dell'energia nucleare.	1704 30 dicembre 1965	112 9 maggio 1966

Regolamenti

D.P.R. 12 febbraio 1965, n. 162 (Suppl. ord. *Gazz. Uff.* n. 73 del 23 marzo 1965). Norme per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio dei mosti, vini ed aceti.

D.P.R. 7 settembre 1965, n. 1301 (*Gazz. Uff.* n. 302 del 3 dicembre 1965). Regolamento di esecuzione della legge 5 marzo 1963, n. 292, concernente la vaccinazione antitetanica obbligatoria.

D.P.R. 28 dicembre 1965, n. 1763 (*Gazz. Uff.* n. 297 del 25 novembre 1966). Approvazione della tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico chirurgiche di cui all'art. 1 della legge 21 febbraio 1963, n. 244.

ANNO 1966

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica.	51 4 febbraio 1966	44 19 febbraio 1966
Modifiche agli articoli 22, 42, 47 e 116 del D.P.R. 12 febbraio 1965, n. 162, contenente norme per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio dei mosti, vini e aceti.	207 6 aprile 1966	98 22 aprile 1966
Proroga dell'entrata in vigore delle norme per la repressione delle frodi nella preparazione e nel commercio dei vini spumanti contenute nel D.P.R. 12 febbraio 1965, n. 162.	301 6 maggio 1966	128 26 maggio 1966
Modifiche al D.P.R. 12 luglio 1963, n. 930, concernente tutela delle denominazioni di origine dei vini.	302 11 maggio 1966	128 26 maggio 1966

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale.*
Contributo annuo per il funzionamento del Centro nazionale per i donatori degli occhi « Don Carlo Gnocchi ».	358 14 maggio 1966	141 10 giugno 1966
Provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico.	615 13 luglio 1966	201 13 agosto 1966
Provvidenze a favore dei mutilati ed invalidi civili.	625 6 agosto 1966	205 19 agosto 1966
Disposizioni concernenti il personale insegnante delle scuole per sordomuti.	861 12 ottobre 1966	266 25 ottobre 1966
Modifiche al R.D. 5 settembre 1938, n. 2008, e successive modificazioni concernenti l'ordinamento dell'O.N.M.I.	1081 1° dicembre 1966	320 21 dicembre 1966
Contributo per la costruzione della sede dell'Organizzazione mondiale della sanità di Ginevra.	1130 12 dicembre 1966	327 29 dicembre 1966
Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 18 novembre 1966, n. 976, concernente ulteriori interventi e provvidenze per la ricostruzione e la ripresa economica nei territori colpiti dalle alluvioni e mareggiate dell'autunno 1966.	1142 23 dicembre 1966	328 30 dicembre 1966

Regolamenti

D.P.R. 13 aprile 1966, n. 964 (*Gazz. Uff.* n. 290 del 18 novembre 1966). Esecuzione della Convenzione Veterinaria tra l'Italia e la Romania, conclusa a Bucarest il 14 aprile 1965.

D.P.R. 9 agosto 1966, n. 869 (*Gazz. Uff.* n. 267 del 26 ottobre 1966). Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Friuli-Venezia Giulia in materia di igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, recupero di minorati fisici e mentali.

ANNO 1967

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Miglioramento delle prestazioni in favore dei tubercolotici assistiti dai Consorzi provinciali antitubercolari.	1 gennaio 1967	19 23 gennaio 1967
Norme transitorie per i concorsi per il personale sanitario ospedaliero.	252 28 aprile 1967	117 11 maggio 1967
Sistemazione di debiti verso le Amministrazioni provinciali per assegni corrisposti al personale non di ruolo del cessato ACIS al 30 giugno 1952.	271 19 aprile 1967	123 17 maggio 1967
Istituzione in Pescara di un Istituto sperimentale per l'igiene e il controllo veterinario della pesca.	273 3 maggio 1967	123 17 maggio 1967
Modificazioni alla legge 9 febbraio 1963, n. 132, istitutiva di un collegio dei revisori dei conti presso l'O.N.M.I.	314 3 maggio 1967	131 27 maggio 1967
Miglioramenti al trattamento di quiescenza della cassa per le pensioni ai sanitari e modifiche agli ordinamenti degli istituti di previdenza presso il Ministero del Tesoro.	315 3 maggio 1967	131 27 maggio 1967
Rifornimento idrico delle isole minori.	378 19 maggio 1967	147 14 giugno 1967
Assegnazione straordinaria per la parziale sistemazione dei debiti per ricovero degli infermi poliomielitici discinetici e lussati congeniti dell'anca.	384 11 maggio 1967	148 15 giugno 1967
Trapianto del rene fra persone viventi.	458 26 giugno 1967	160 27 giugno 1967

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Modifica art. 3 della legge 13 marzo 1958, n. 296, istitutiva del Ministero della Sanità.	487 20 giugno 1967	166 5 luglio 1967
Modifica agli articoli 8, secondo e terzo comma, e 9, primo e terzo comma, della legge 6 agosto 1966, n. 625, concernente provvidenze in favore dei mutilati e invalidi civili.	497 21 giugno 1967	167 6 luglio 1967
Conversione in legge del decreto legge 8 maggio 1967, n. 247, recante provvedimenti straordinari per la profilassi della peste suina classica e della peste suina africana.	514 7 luglio 1967	169 8 luglio 1967
Modifica dell'art. 1 della legge 26 aprile 1964, n. 308, concernente la misura dell'aiuto economico ai lebbrosi e relativi familiari a carico e per la modifica del terzo comma dell'art. 286 del T.U. 27 luglio 1934, n. 1265, quale risulta modificato dell'art. 1 del regio decreto legge 13 febbraio 1936, n. 4353, convertito in legge 14 maggio 1936, n. 935, concernente il ricovero dei lebbrosi.	533 27 giugno 1967	175 14 luglio 1967
Disciplina per la lavorazione e commercio dei cereali, degli sfarinati, del pane e delle paste alimentari.	580 4 luglio 1967	189 29 luglio 1967
Riconoscimento del diritto a una giornata di riposo dal lavoro al donatore di sangue dopo il salasso per trasfusione e alla corresponsione della retribuzione.	584 13 luglio 1967	189 29 luglio 1967
Raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano.	592 14 luglio 1967	191 31 luglio 1967

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
Modificazioni alla legge 16 agosto 1962, n. 1417, sul riordinamento dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza alle ostetriche.	661 27 luglio 1967	200 10 agosto 1967
Approvazione del programma economico nazionale per il quinquennio 1966 - 1970.	685 27 luglio 1967	203 suppl. ord. 14 agosto 1967
Norme integrative della legge 4 agosto 1965, n. 1103, in ordine alla regolamentazione giuridica dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica.	944 9 ottobre 1967	268 26 ottobre 1967
Contributo finanziario dell'Italia al Centro internazionale di ricerche per il cancro.	947 2 ottobre 1967	269 27 ottobre 1967
Norme sulla determinazione dell'organico e del trattamento economico del personale degli Istituti fisioterapici ospitalieri di Roma.	972 9 ottobre 1967	276 6 novembre 1967
Disciplina della vendita delle mandorle amare.	1008 17 ottobre 1967	283 13 novembre 1967
Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 11 settembre 1967, n. 797, recante modifiche al D.P.R. 30 dicembre 1965, n. 1701, relativo alle norme sanitarie sugli scambi di animali e di carni tra l'Italia e gli altri Stati membri della C.E.E.	1009 10 novembre 1967	283 13 novembre 1967
Costituzione e funzionamento di una Cassa nazionale di conguaglio per assicurare attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'art. 82 del R. D. 30 settembre	4 17 gennaio 1968	14 18 gennaio 1968

Titolo del disegno di legge	Numero e data della Legge	Numero e data della *Gazzetta Ufficiale*
1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966.		
Riapertura del termine previsto dall'art. 3 della legge 14 dicembre 1964, n. 1398, per la presentazione delle domande di reiscrizione nell'Albo dei sanitari - italiani residenti all'estero.	1197 22 novembre 1967	316 20 dicembre 1967
Proroga delle disposizioni sulle anticipazioni da parte dello Stato delle rette di spedalità dovute dai Comuni agli ospedali e alle cliniche universitarie.	1220 12 dicembre 1967	322 27 dicembre 1967
Modifiche al R.D.L. 15 ottobre 1925, n. 2033, e al R.D.L. 2 settembre 1932, n. 1225, in materia di repressioni delle frodi nella preparazione e nel commercio delle sostanze di uso agrario e dei prodotti agrari.	1223 15 dicembre 1967	322 27 dicembre 1967

Regolamenti

D.P.R. 24 ottobre 1967, n. 1288 (Suppl. ord. *Gazz. Uff.* n. 6 del 9 gennaio 1968) che approva il regolamento della legge 13 luglio 1966, n. 615, recante provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico, limitatamente al settore degli impianti termici.

Regolamento per l'esecuzione delle norme contenute nel titolo III del D.P.R. 11 febbraio 1961, concernente i servizi di medicina scolastica (in corso di pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*).

Regolamento per l'esecuzione della legge 4 agosto 1965, n. 1103, relativo alla disciplina dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica (in corso di pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*).

Regolamento relativo all'obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica (Ministero della Sanità). D.P.R. 25 maggio 1967.

D.P.R. 9 gennaio 1968 che modifica l'art. 33, 2° comma, del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221. Contributi Albi delle professioni sanitarie.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Nella relazione al Consiglio Superiore di Sanità per gli anni 1959-1964 sullo stato sanitario e l'attività della Amministrazione sanitaria, quella dell'Istituto Superiore di Sanità riportava tutti gli elementi che riguardavano la sua struttura ed i suoi compiti oltre le realizzazioni conseguite nei vari campi.

Questa relazione, che riguarda il triennio successivo, si ricollega necessariamente alla precedente come prosecuzione e aggiornamento, in modo da evitare ripetizioni e da approfondire tutti i nuovi aspetti e realizzazioni che hanno riguardato l'Istituto negli anni 1965, 1966 e 1967.

Codesto Consiglio, analizzando le singole attività dell'Istituto nella tornata del dicembre 1965, le approvò formulando alcune raccomandazioni.

Tra l'altro, si auspicava la pronta approvazione del progetto di riforma dell'Istituto che, dando strutture più adeguate e strumenti funzionali migliori all'Istituto stesso ed una conveniente sistemazione di carriera al personale, consentisse all'Istituto di sovvenire a tutte le esigenze imposte dalla Sanità Pubblica.

Pur riferendosi questa relazione al triennio 65-67, non possiamo non ricordare qui che, purtroppo, l'attuale legislatura si è chiusa senza che il disegno di legge relativo, già approvato dal Consiglio dei Ministri, divenisse legge operante, ritardando ulteriormente l'atteso potenziamento dell'Istituto e l'accoglimento di alcune specifiche raccomandazioni di codesto Consiglio quali una maggiore collaborazione con le organizzazioni scientifiche italiane ed estere, essendo a tale scopo necessaria la creazione di adatti strumenti giuridici, previsti dal d.l.l. suddetto. Anche la raccomandazione di limitare le analisi di carattere merceologico e non sanitario, che appesantiscono l'Istituto e lo distraggono dalla sua attività primaria di massimo organo tecnico in campo sanitario, richiede un intervento legislativo che modifichi lo stato giuridico dei laboratori provinciali di igiene e profilassi ed eventualmente istituisca laboratori regionali di seconda istanza.

Le altre raccomandazioni, come verrà specificato in seguito, sono state, per quanto possibile, adottate.

In termini generali si può dire che nel triennio 1965-1967 l'attività dell'Istituto, dopo di aver fronteggiato e superato difficoltà non lievi conseguenti il noto procedimento giudiziario, si è avviata ormai verso una costante incoraggiante ripresa documentata dall'imponente mole di lavoro eseguito in ogni settore dell'attività medesima.

I. - FUNZIONI E COMPITI

In Italia l'Istituto Superiore di Sanità, in base alle leggi istitutive, esplica le funzioni che generalmente all'estero si trovano distribuite tra più Istituti similari come ad esempio negli Stati Uniti fra i dieci National Institutes of Health, la Food and Drug Administration ed il Public Health Service.

Questo fatto conferisce una fisionomia tutta particolare all'Istituto, ma ne appesantisce di molto i compiti.

L'esigenza di approfondire ed estendere l'attività di controllo, di dare a questa un fondamento sempre più sicuro, basato sulle ultime acquisizioni e sui moderni orientamenti della scienza, e la necessità di assicurare ai propri ricercatori un indiscutibile prestigio presso qualsiasi ambiente, anche il più qualificato, hanno portato l'Istituto a configurarsi quale è oggi: un grande complesso organico di laboratori scientifici e di servizi tecnici di ogni tipo, dove praticamente ogni ramo della ricerca è attivamente coltivato da un gran numero di specialisti altamente qualificati.

La contemporanea presenza in un solo organismo di ricercatori delle più diverse formazioni professionali e scientifiche, non soltanto è condizione necessaria per poter affrontare con successo tutti i problemi interessanti la salute pubblica, ma contribuisce anche a creare quella atmosfera di cultura e di collaborazione scientifica che è la premessa indispensabile per trasformare l'Istituto in un grande centro di ricerca a livello internazionale.

In questi ultimi anni i compiti assegnati all'Istituto Superiore di Sanità si sono notevolmente ampliati e ciò anche per l'aumentata industrializzazione del Paese che con l'aumento dei consumi ha portato di conseguenza riflessi nei settori alimentari e farmaceutici e negative condizioni nei riguardi della purezza dell'aria, dell'acqua e del suolo.

Dato che l'Istituto Superiore di Sanità è organo dello Stato per le ricerche fondamentali ed applicate necessarie al perseguimento dei fini che sono assegnati all'azione del Ministero della Sanità, vi è il pericolo che la vita e le finalità stesse dell'Istituto possano essere sommerse dal crescere impetuoso degli impegni, se la sua organizzazione non viene meglio determinata, potenziata e snellita.

La progettata ristrutturazione risolverebbe molti problemi di fondo dell'Istituto, ma lascerebbe anche aperte alcune questioni quali quella del suo effettivo potenziamento a livello tale che possa con tranquillità fronteggiare qualsiasi aspetto e della ricerca sanitaria e del controllo in tutti i settori, almeno per i prossimi venti anni, e quella del decentramento ai laboratori periferici provinciali o regionali di molti controlli di carattere usuale o continuativo o locale, salvo il potenziamento di questi organismi

periferici e una loro più idonea collocazione nell'ambito della amministrazione statale.

Come inizio di una riforma radicale degli organismi pubblici di ricerca e delle strutture sanitarie, soccorre il disegno di legge sulle « Modifiche ai compiti, all'ordinamento e alle strutture dell'Istituto Superiore di Sanità (n. 4347) ».

Gli elementi essenziali del testo governativo sono i seguenti:

— precisazione della natura e delle funzioni dell'Istituto, affermazione dell'importanza della ricerca scientifica come elemento qualificante della attività svolta a tutela della salute pubblica, chiarimento delle varie attribuzioni dell'Istituto e delle sue relazioni con gli altri organismi statali ed internazionali;

— modifica della ripartizione dell'Istituto in Laboratori e servizi generali in base alle esigenze manifestatesi in questi ultimi anni ed ai nuovi compiti assegnati dal Parlamento all'Istituto;

— modifica degli organi direttivi collegiali ed individuali, con la creazione, nell'ambito del laboratorio, di una struttura operativa specializzata, denominata reparto, e con la istituzione di un consiglio dei direttori di laboratorio e, in ciascun laboratorio, di un Consiglio dei direttori di reparto, allo scopo di sviluppare una più intima collaborazione del personale direttivo ai vari livelli;

— snellimento delle procedure per l'approvazione dei contratti di acquisto e per la vendita del materiale inutilizzabile, pur con la conservazione dei sistemi di controllo della spesa;

— assegnazione alle carriere tecniche di una struttura analoga a quella universitaria perché più funzionale, per un istituto scientifico, di quella ministeriale; ed anche per evitare l'esodo degli elementi migliori verso le università e gli ospedali. Va considerato che una notevole parte del personale ha già una qualificazione di tipo universitario (oltre ottanta ricercatori sono liberi docenti);

— in relazione all'adozione, per il personale direttivo tecnico, di carriere di tipo universitario, è stabilita la temporaneità delle cariche, in analogia a quasi tutti gli istituti scientifici, anche esteri;

— limitazione della libera attività professionale dei ricercatori dell'Istituto per escludere ogni possibile incompatibilità.

Come si vede il testo governativo ha fatto tesoro dei suggerimenti del Consiglio Superiore di Sanità, in quasi tutti i casi ed ha per questo previsto un allargamento dei laboratori ad alcuni settori oggi non sufficientemente potenziati come la Epidemiologia, ed ha nel contempo previsto un laboratorio di Chimica Farmaceutica per poter potenziare il controllo del settore farmaceutico.

Alcune leggi sono state promulgate nel biennio 1965-67 che hanno permesso all'Istituto di far fronte, sia pure con difficoltà, ai propri impegni e, soprattutto, di disciplinare alcuni settori di attività dell'Istituto e di normalizzare la situazione del personale che già operava nel 1964 in Istituto.

Fra le leggi di cui si è accennato importante è quella del 6 dicembre 1964, n. 1331, che dà la *possibilità di avvalersi dell'opera di personale in aggiunta a quello previsto dai ruoli organici.* Tale legge autorizza l'utilizzazione di L. 150 milioni del capitolo « funzionamento dell'Istituto » per il conferimento di incarichi a persone estranee all'Amministrazione dello Stato. Stabiliva inoltre che tali prestazioni di lavoro non potevano superare i due esercizi finanziari, ma poi, con Legge 23 dicembre 1965, n. 1418, è stata data facoltà di rinnovare gli incarichi fino all'emanazione delle norme sul riordinamento dell'Istituto.

Altro provvedimento importante (Legge 6 dicembre 1964, n. 1332) è stato quello per la *concessione di borse di studio a cittadini italiani e stranieri,* per l'importo di lire 150 milioni da prelevare dal capitolo « funzionamento dell'Istituto ». Legge che permette all'Istituto di svolgere la sua opera nel campo dell'insegnamento e addestramento in maniera continuativa. Di grandissima importanza è la possibilità di offrire le borse a cittadini stranieri, che continueranno in tempi successivi a collaborare, dai paesi d'origine, con l'Istituto, soprattutto nei settori della ricerca di sanità pubblica.

A favore del personale tecnico di ruolo dell'Istituto è stata inoltre concessa, in considerazione del lavoro particolarmente rischioso che esso svolge, un'*indennità di rischio giornaliera* di L. 500 a persona (Legge 2 novembre 1964, n. 1159).

Il regolamento per gli acquisti in economia, promulgato dal Presidente della Repubblica, ha normalizzato la situazione dell'Istituto in questo settore.

Alcune attività vengono svolte dall'Istituto non per esplicita citazione della legge, ma perchè si riferiscono ai compiti del Ministero della Sanità, che si avvale, poi, dell'opera dell'Istituto per realizzarli.

La recente epidemia di peste suina, ad esempio, ha incrementato di colpo le incombenze dell'Istituto non solo nella ricerca e nel controllo, ma anche nell'insegnamento dato che si sono organizzati corsi di aggiornamento per i medici e veterinari provinciali e per gli assistenti degli Istituti Zooprofilattici (D.D.L. 8 maggio 1967, n. 247, convertito in Legge 7 luglio 1967, n. 514).

Inoltre, varie leggi che trattano degli alimenti hanno portato all'Istituto nuove incombenze senza per altro prevedere aumenti di personale o di fondi a disposizione. Ad esempio la legge 30 aprile 1962, n. 283, continua a produrre i suoi effetti nel tempo sulle analisi di revisione delle sostanze alimentari analizzate nei Laboratori provinciali, e dà luogo a vari decreti ministeriali, che in gran parte vengono elaborati presso l'Istituto, come quelli sui limiti di tolleranza degli antiparassitari nei prodotti ortofrutticoli (O.M. 12-12-1967), sull'impiego di disinfestanti ciclodienici - clorurati (D.M. 4 dicembre 1967), sulle sostanze da usare per gli imballaggi a contatto con gli alimenti (DD.MM. 19 gennaio 1963, 23 dicembre 1963 e 15 aprile 1966).

Occorre tener anche conto che il Ministero della Sanità ha incaricato l'Istituto di coordinare l'attività di gruppi di Laboratori provinciali per la sperimentazione di metodi d'analisi (decreto del Presidente della Repubblica 12 febbraio 1965, n. 162), in materia di frodi dei mosti, vini ed aceti.

La legge 13 luglio 1966, n. 615, recante provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico, addossa nuovi compiti all'Istituto incaricandolo delle analisi di revisione in materia di combustibili.

Il regolamento di esecuzione di tale legge, per quanto riguarda l'inquinamento dovuto agli impianti termici, approvato con D.P.R. 24 ottobre 1967, n. 1288, è stato soprattutto opera di Ricercatori di questo Istituto; mentre sempre gli stessi Ricercatori stanno collaborando per i regolamenti relativi all'inquinamento dovuto alla circolazione di autoveicoli.

All'Istituto è affidata molta parte del lavoro concernente la protezione sanitaria dalle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare, di cui al D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185. Tale compito implica anche un lavoro di ricerca e di controllo sulle dosi di radiazioni ammissibili per la popolazione e per gruppi particolari, di cui all'art. 111 dello stesso D.P.R.

Infine, nel controllo dei vaccini, sempre nuovi tipi di essi si aggiungono a quelli già esistenti: ai vaccini antipolio si sono aggiunti quelli misti contro pertosse, tetano, ecc. (D.M. 6 febbraio 1964), quelli antitubercolare (D.M. 15 febbraio 1964) e antitracomatoso (D.M. 17 luglio 1967), senza che le strutture, valide per i primi, venissero potenziate e aumentate.

II. - STRUTTURA

L'Istituto è attualmente costituito:

a) dalla Direzione che ne dirige e coordina tutta l'attività. Da essa dipende un segreteria tecnica che ha l'incarico di coordinare il lavoro dei Gruppi di studio, quello della pubblicazione e revisione della Farmacopea

Ufficiale, quello delle numerosissime Commissioni nazionali e internazionali ove l'Istituto è presente con suoi funzionari; da essa dipende inoltre la Redazione degli « Annali dell'Istituto Superiore di Sanità »;

b) dai 10 Laboratori che esplicano attività scientifica di ricerca e di controllo secondo le competenze, di addestramento e di consulenza agli organi dello Stato, nel quadro dei compiti dell'Istituto. Questi Laboratori sono articolati in Laboratori di Biologia, Chimica, Chimica Biologica, Chimica Terapeutica, Elettronica, Parassitologia, Fisica, Ingegneria Sanitaria, Microbiologia e Veterinaria. La loro organizzazione è per discipline e ciò per poter raggruppare in ogni laboratorio più attività. Ovviamente i Laboratori hanno l'obbligo della mutua collaborazione e la caratteristica della complementarietà (vedi *figura*);

c) dai Servizi Generali, indispensabili al funzionamento di tutti i laboratori, alcuni dei quali sono con loro in intima connessione. Questi Servizi generali sono: Impianto Pilota per Chimica Microbiologica (Chimica Biologica), Parco Zoologico (Veterinaria), Officina costruzioni elettroniche (Fisica), Ufficio Tecnico, Officina costruzioni meccaniche, Disegno tecnico e scientifico, Fotografia, Soffieria per il vetro, Museo, Parco automezzi, Orto Botanico;

d) dai Servizi Amministrativi e del personale, ai quali sono affidati i compiti di provvedere all'amministrazione di tutto il personale e di curare tutte le incombenze di carattere amministrativo per il funzionamento dell'Istituto ed in particolare il perfezionamento dei contratti, acquisti, etc. L'ordinamento di detti servizi è stato, con ordinanza del 23 settembre 1965, stabilito come segue:

1) Ufficio per gli affari generali;
2) Ufficio per l'ordinamento delle carriere,
3) Ufficio per lo svolgimento delle carriere,
4) Ufficio per l'amministrazione del personale,
5) Ufficio legislativo e del contenzioso,
6) Ufficio forniture e contratti,
7) Ufficio bilancio e programmazione,
8) Ufficio del consegnatario,
9) Ufficio cassa.

Da questi uffici dipendono anche l'Archivio, i Magazzini, la Sorveglianza ed altri servizi indispensabili.

e) dalla Segreteria didattica la quale mantiene le relazioni culturali dell'Istituto, provvede alla assegnazione delle borse di studio, segue l'attività

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
MINISTRO PER LA SANITÀ
COMITATO SCIENTIFICO
COMITATO AMMINISTRATIVO
SEGRETERIA PARTICOLARE
DIREZIONE
SEGRETERIA TECNICA
RELAZIONI NAZIONALI ED INTERNAZ.
FARMACOPEA – SCAMBIO PUBBLICAZ.
LABORATORI
BIOLOGIA
CHIMICA
CHIMICA BIOLOGICA
IMPIANTO PILOTA ANTIBIOTICI
CHIMICA TERAPEUTICA
ELETTRONICA
OFFICINE ELETTRONICHE
FISICA
CENTRO DI CALCOLO
INGEGNERIA SANITARIA
SERVIZI TECNICI GENERALI
MICROBIOLOGIA
PARASSITOLOGIA
VETERINARIA
PARCO ZOOLOGICO
SERVIZI AMMINISTRATIVI E DEL PERSONALE
MUSEO SEGRETERIA DIDATTICA
PUBBLICAZIONI
CORSI DI AGGIORNAMENTO E DI INSEGNAMENTO
BORSE DI STUDIO
CONVEGNI E CONFERENZE
BIBLIOTECA
GRUPPI DI STUDIO
ADDIT' IVI ALIMENTARI
TECNOLOGIE ALIMENTARI
(Contenitori, Microbiologia alimentare
Trattamenti termici e con radiazioni)
ASPETTI SANITARI DELLE ACQUE
(Approvvi, gionamento e protezione)
INQUINAMENTO ATMOSFERICO
FARMACI
(Metodi di controllo ed effetti secondari)
COSMETICI
ASPETTI SANITARI DEI PESTICIDI
TRASFORMAZIONI MICROBIOLOGICHE

degli ospiti, organizza conferenze e seminari, cura la pubblicazione degli « Annali dell'Istituto Superiore di Sanità » organizza i simposi e i convegni e tiene rapporti con il Comitato scientifico ed i suoi componenti;

f) dalla Biblioteca, che è una delle maggiori biblioteche scientifiche d'Italia (circa 150 mila volumi) e dalla quale dipendono le biblioteche dei Laboratori. Essa cura i servizi di informazione e prestiti, catalogazioni, periodici, acquisti, ecc.

Il *Comitato Amministrativo* presieduto dal Ministro per la Sanità, da cui dipende per legge l'Istituto, è l'organo collegiale che sovrintende all'attività dell'Istituto.

Il *Comitato Scientifico* dell'Istituto è invece un organo collegiale di consulenza scientifica che collabora con la Direzione dell'Istituto nel determinare l'indirizzo scientifico delle ricerche e delle attività dell'Istituto. Esso costituisce un ponte di collegamento fra l'Istituto stesso e altri Enti di ricerca italiani (Università, C.N.R., ecc.) e stranieri, interpretando altresì le esigenze sanitarie del Paese, ed assolvendo agli obblighi di legge connessi con le assegnazioni di borse di studio.

Tra le decisioni prese da tale Comitato si ricordano quelle del luglio 1966 e del giugno 1967. Nella prima, approvando il consuntivo delle attività presentate dal Direttore e discutendo le future linee di ricerca, tale Comitato affermò che l'Istituto « non può affrontare alcuni problemi di grande interesse per la Sanità pubblica (Tumori, malattie cardiovascolari, malattie mentali, malattie metaboliche e reumatiche) in quanto le indagini su tali problemi esigono esperienze e studi in campo clinico; l'Istituto però può collaborare alla metodologia e a tutte quelle ricerche a livello cellulare, molecolare, biologico e biofisico che possono interessare la risoluzione di detti problemi ». Nella seconda, il Comitato ritenne valida l'attuale divisione dei Laboratori per materie disciplinari (perché essa consente una migliore qualificazione ed un più alto livello scientifico dei singoli ricercatori tramite il continuo contatto con i colleghi della stessa branca scientifica) ed indicò nei Gruppi di Studio quelle strutture complementari mediante le quali, riunendosi le esperienze di persone e di gruppi di formazione scientifica diversa, l'Istituto realizza uno dei suoi compiti fondamentali che è quello di intervenire, con il peso della sua multiforme esperienza, nella risoluzione dei più pressanti e particolari problemi di interesse sanitario.

I Gruppi di studio sono costituiti da ricercatori appartenenti ai vari Laboratori per affrontare globalmente taluni problemi di maggiore interesse nel campo della Sanità pubblica.

Nel 1967 tali Gruppi furono ristrutturati, ad essi venne dato nuovo impulso e, mentre alcuni sono stati soppressi, altri sono stati costituiti, quali ad esempio:

— Gruppo per lo studio delle *tecnologie alimentari,* suddiviso in quattro sottogruppi:

1) *Contenitori degli alimenti,*
2) *Trattamento con calore e con freddo delle derrate deperibili,*
3) *Microbiologia alimentare,*
4) *Conservazione degli alimenti mediante irradiazione.*

— Gruppo per lo studio dei problemi connessi con la *brevettabilità dei medicamenti e le regolamentazioni comunitarie;*

— Gruppo per lo studio dei problemi connessi con la *produzione dei farmaci,* suddiviso nei sottogruppi:

1) *Tecnologie e metodi di controllo,*
2) *Effetti secondari dei farmaci.*

— Gruppo per lo studio dei problemi connessi con la *produzione dei cosmetici.*

L'attività dei Gruppi di studio è stata notevolissima, ad esempio, nel settore degli *additivi alimentari,* che ha portato alla elaborazione dei dati per i regolamenti e modifiche o aggiunte approvati da questo Consiglio Superiore, e in quello dell'*inquinamento atmosferico* dove si sono in gran parte studiate e proposte le norme del regolamento per le combustioni domestiche.

III. - SEDE

L'Istituto, come è noto, dispone di circa 22.200 mq tra il Viale Regina Elena e il Viale delle Province, attraversati da Via del Castro Laurenziano.

Le due parti dell'Istituto sono collegate da due sottopassaggi. Nella parte tra Via del Castro Laurenziano e Viale delle Province sono ancora situate le stalle e il Parco Zoologico per l'allevamento dei piccoli animali.

Oggi è necessario, dato che la città ha ormai circondato da ogni parte l'Istituto, l'allontanamento delle stalle di allevamento e la utilizzazione più razionale di questo terreno per i Laboratori, come pure un vasto lavoro di sistemazione dei servizi attuali (acqua, gas). Si rende così indispensabile di disporre di un'area decentralizzata sulla quale programmare un piano a lungo termine che possa fare fronte a un organico sviluppo per almeno un cinquantennio delle strutture edilizie dell'Istituto.

Intanto l'Istituto ha cercato di utilizzare e potenziare le sue attrezzaure. In questo periodo sono state terminate alcune costruzioni di notevole interesse quali:

a) i Laboratori di Veterinaria,

b) gli edifici per il controllo chimico degli alimenti (olii, grassi, farina e pane),

c) l'edificio per il controllo di vaccini virali su animali,

d) il deposito di sostanze infiammabili.

Sono in fase di ristrutturazione la centrale termica con l'aggiunta di una nuova caldaia ed i Laboratori di Chimica Biologica (in corso di sistemazione negli edifici siti tra Via del Castro Laurenziano e Viale delle Province).

Nel quadro dei Servizi Generali è stato allestito un nuovo impianto per bruciare e distruggere materiale infetto e rifiuti organici.

Nell'ambito della riorganizzazione dei Laboratori di Chimica, in conseguenza del trasferimento di alcuni reparti di analisi bromatologiche nei nuovi edifici, è stata prevista una più idonea sistemazione del reparto di analisi farmaceutica con la creazione anche di un laboratorio di tecnologia farmaceutica.

Nel 1966 l'Istituto ha acquisito un'area di 40.000 mq nella zona di Civitavecchia, cedutagli dal Demanio Difesa. Tale zona potrà essere utilizzata per gli studi riguardanti la contaminazione chimica (petroli, rifiuti, ecc.) e biologica delle acque costiere.

IV. - PERSONALE

La situazione del personale, nel triennio 1965-1967, è riportata nei prospetti seguenti:

A) Personale di ruolo	1965	1966	1967
Laureati tecnici	191	192	198
Laureati amministrativi	41	41	39
Esperti tecnici	67	70	72
Segretari amministrativi	43	46	46
Aiutanti tecnici	139	135	135
Aiutanti amministrativi	94	96	89
Ausiliari tecnici	198	215	214
Uscieri	14	15	21
Operai	14	20	18
Totale	801	830	832

Variazioni in più rispetto all'anno precedente:	1965	1966	1967
Carriera direttiva	12	12	13
Carriera di concetto . . .	26	6	4
Carriera esecutiva, ausiliaria e operai	1	24	7
	39	42	24
Variazioni in meno rispetto all'anno precedente:			
Dimissioni	3	7	9
Collocamento a riposo, decessi, decadenza	6	6	13
	9	13	22
Totale variazioni	+30	+29	+ 2

B) PERSONALE ESTRANEO ALL'AMMINISTRAZIONE DELLO STATO *(assunto in base alla legge 6 dicembre 1964, n. 1331, in relazione al limite massimo di spesa annua stabilita in L. 150 milioni):*

Anno	1965	1966	1967
Laureati	25	18	14
Diplomati	35	26	28
Tecnici	20	19	17
Ausiliari	30	30	20
Totale	110	93	79

C) BORSISTI *(che hanno goduto di borse di studio concesse in base alla legge 6 dicembre 1964, n. 1331, nei limiti massimi di spesa annua stabilita in L. 150 milioni):*

Anno	1965	1966	1967
Laureati	105	68	70
Diplomati	37	16	14
Studenti	—	16	15
Stranieri	18	16	19
Totale	160	116	118

D) Ospiti *(che hanno frequentato i Laboratori dell'Istituto per un periodo continuativo superiore ad un anno):*

1965

Ospiti italiani	n. 151
Ospiti stranieri	n. 42
Totale . . .	N. 193

1966

Ospiti italiani	n. 151
Ospiti stranieri	n. 40
Totale . . .	N. 191

1967

Ospiti italiani	n. 211
Ospiti stranieri	n. 37
Totale . . .	N. 248

Si hanno in totale quindi 1030-1300 persone che frequentano l'Istituto esplicando in esso lavoro connesso con i compiti di ricerca e di controllo ad esso assegnati e con il funzionamento dello stesso Istituto.

Un accenno particolare va fatto per l'esodo volontario di personale altamente qualificato che trova migliori soddisfazioni morali ed economiche in impieghi presso l'Università e Centri di ricerca pubblici o privati. Il numero di tali persone, anche se contenuto, è in aumento passando da 3 nel 1965 a 7 nel 1966 e a 10 nel 1967 e tocca particolarmente la funzionalità dell'Istituto perché trattasi di individui con oltre un quindicennio di servizio prestato nei ruoli dell'Istituto, che avevano raggiunto un alto livello di qualificazione e di preparazione e gradi dirigenziali tali che la loro sostituzione, in posizioni talvolta importanti, costituisce un grave problema.

V. - ATTIVITA' DI SANITA' PUBBLICA

1. - Accertamenti e indagini di natura igienico-sanitaria.

In questo settore l'attività di controllo dell'Istituto occupa un posto preminente per la tutela della salute pubblica. I controlli che l'Istituto effettua interessano i campi più svariati: dai prodotti alimentari ai farmaci, dagli apparecchi radiologici ai materiali di costruzione, dalle acque ed acquedotti alle fognature, dai reattori nucleari agli ospedali, ecc...

A) *Alimentari.*

Nel settore dei prodotti alimentari, in genere, l'Istituto effettua controlli in sede di appello, quando cioè le conclusioni dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi non vengono accettate dal privato interessato. L'intensa attività in questo settore è dimostrata dall'elevato e sempre crescente numero di controlli effettuati. I Laboratori di Chimica, di Microbiologia e di Veterinaria sono costantemente impegnati nella tutela della alimentazione. Ma l'attività dell'Istituto non si esaurisce nell'opera di controllo, essa si esplica anche e soprattutto realizzando un'adeguata normativa tecnica, elaborando nuovi e più precisi metodi di analisi, unificandoli, migliorandoli ed aggiornandoli e risolvendo tutti quei problemi scientifici di carattere generale e particolare che si incontrano nella pratica attuazione dei controlli.

Le ricerche che normalmente si effettuano permettono quindi di migliorare, elaborare i metodi di indagine per il controllo degli alimenti, con particolare riguardo agli additivi, ai residui tossici, alle sofisticazioni, alle alterazioni chimiche e microbiologiche e a quanto altro pertinente al controllo degli alimenti stessi, ivi compresi i rilevamenti sulle condizioni igienico-sanitarie delle industrie alimentari.

I risultati ottenuti in queste ricerche e nell'opera normativa hanno trovato sempre autorevole approvazione, non solo negli organi ministeriali italiani, ma anche presso la Comunità Economica Europea che, nell'ambito dei propri Comitati di esperti, ha adottato alcuni metodi ufficiali elaborati in Istituto, specialmente nel settore dell'analisi dei residui dei pesticidi negli alimenti e dell'analisi dei cereali.

Un notevole contributo hanno apportato in questo settore i lavori svolti nell'ambito dei Gruppi di studio.

Il Gruppo di studio degli additivi alimentari ha continuato l'opera di aggiornamento e revisione della lista positiva degli additivi dei coloranti ammessi in allineamento alle direttive CEE. Per molti di essi sono stati anche elaborati i metodi di dosaggio, indicanti, oltre ai casi di impiego, le dosi massime e, in genere, gli standards di purezza. Nell'ambito delle tecnologie alimentari sono stati esaminati alcuni procedimenti industriali, come l'attuazione del processo di uperizzazione del latte, l'impiego dei propellenti chimici in particolari confezioni, l'impiego dell'acido ascorbico nelle farine per la panificazione, ecc.

Il Gruppo per lo studio dei contenitori degli alimenti ha tra l'altro contribuito all'elaborazione di un nuovo testo di D.M. sull'argomento, già approvato dal Consiglio Superiore di Sanità. I temi svolti da questo gruppo riguardano:

a) l'elaborazione di metodi analitici per controllare l'osservanza di specifiche limitazioni di impiego poste dalla legislazione vigente sui contenitori in materia plastica (requisiti di purezza dei materiali, prove di cessione, ecc.);

b) lo studio chimico e tossicologico dei componenti della cellulosa rigenerata (cellophane) con elaborazione sperimentale dei rispettivi metodi analitici di controllo;

c) lo studio chimico e tossicologico dei nuovi composti chimici di cui l'industria chiede l'inclusione nell'elenco dei componenti autorizzati. La regolamentazione di legge italiana sugli imballaggi per alimenti è stata assunta come base per il gruppo di esperti che opera nell'ambito della CEE.

Il Gruppo per lo studio degli aspetti sanitari dei pesticidi ha trattato numerosi temi di grande interesse sanitario connessi con l'impiego agricolo e domestico dei pesticidi. Ha esaminato, apportandovi un considerevole contributo tecnico, lo schema di regolamento sulla produzione, il commercio e la vendita dei pesticidi per uso agricolo (presidi sanitari) già approvato dal Consiglio Superiore di Sanità. Ha inoltre indicato limiti di tolleranza per molti residui e valutato alcuni problemi sull'idoneità di impiego per uso domestico ed agricolo di antiparassitari e pesticidi. Ha infine indicato i limiti teorici tossicologici dei principi attivi pesticidi di numerosi prodotti, formulando proposte in sede CEE per i limiti di tolleranza di numerosi principi attivi, ed ha stabilito i criteri base da adottare per la classificazione dei formulati commerciali antiparassitari. Intensa è stata la collaborazione con il Ministero della Sanità onde tradurre in strumenti di legge e norme l'opportunità sia di limitare l'impiego agricolo di taluni idrocarburi clorurati ciclodienici (D.M. del 4-12-1967), sia di stabilire i limiti di tolleranza dei vari principi attivi pesticidi su frutta e ortaggi (O.M. 22-12-1967).

B) *Farmaceutici.*

Nel settore dei *prodotti farmaceutici* il controllo dell'Istituto è, sia preventivo, al cui esito è subordinata la concessione da parte del Ministero della Sanità dell'autorizzazione a mettere in commercio il prodotto in questione, sia successivo alla registrazione da effettuarsi su campioni che il Ministero provvede a far prelevare dal commercio.

A questi controlli si aggiungono quelli cosiddetti di Stato, cioè il controllo da effettuarsi per legge, partita per partita, dal cui esito dipende l'immissione al consumo di questi particolari preparati (sieri e vaccini per uso umano, alcuni sieri e vaccini per uso veterinario, catgut). Praticamente tutti i Laboratori dell'Istituto, ciascuno per la parte di competenza, collaborano in questo settore. Ai controlli chimici si affiancano cioè quelli biologici, micro-

biologici, tossicologici, ecc. Rientrano in questo settore anche i controlli sui cosmetici, sui disinfettanti e sugli altri presidi medico-chirurgici.

A causa delle particolari caratteristiche della maggior parte dei controlli, le analisi vengono eseguite con le più moderne tecniche analitiche e si può affermare che nella maggioranza dei casi ogni controllo è un problema scientifico a sè che richiede una soluzione particolare. La produzione farmaceutica italiana è caratterizzata infatti dalla complessità delle associazioni realizzate nelle specialità farmaceutiche: esistono specialità medicinali che contengono fino a dieci-dodici principi attivi nelle più svariate forme.

Un notevole successo è stata la realizzazione in Istituto di apparecchiature per la determinazione automatica di vitamine ed antibiotici. L'apparecchio permette la determinazione turbidimetrica e fotometrica (400-700 mμ) di 300 campioni all'ora. Il tempo richiesto per ottenere il risultato varia da 5 a 25 minuti per analisi chimiche, 3 ore circa per analisi microbiologiche di antibiotici e circa 6 ore per analisi microbiologiche di vitamine.

Attualmente tale apparecchiatura può essere utilizzata per controllo di antibiotici (tetraciclina, colimicina), di vitamine e fattori di crescita (cianocobalamina, calcio pantotenato, colina, metionina). Tutte le operazioni chimiche e le letture fotometriche sono compiute individualmente e separatamente per ciascun campione senza interferenze con i campioni successivi. Le deviazioni standards sono comprese fra il 2% e il 3%. Con tale apparecchiatura sono stati controllati, in soli sei mesi, circa tremila campioni di specialità medicinali contenenti vitamina B_{12}. La disponibilità di tali apparecchiature moltiplica di molte volte la capacità di controllo dell'Istituto. Questo sistema implica molte difficoltà sia, a livello ministeriale, per il prelevamento, la catalogazione e l'invio dei campioni, sia, in Istituto, per le operazioni di registrazione, di catalogazione e valutazione dei risultati e di rinvio al Ministero. E' questo un problema che va affrontato e risolto perché alla velocità degli strumenti si affianchi anche una rapida azione degli uffici.

Nell'ambito di questa attività rientrano le *ispezioni* che in équipes con funzionari del Ministero, i Ricercatori dell'Istituto compiono ad officine autorizzate alla produzione dei prodotti chimici, preparati galenici e specialità medicinali. A questo proposito è da tener presente che in base all'articolo 143 del R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 sono soggetti a vigilanza, agli effetti della sanità pubblica, anche i fabbricanti di prodotti chimici e preparati farmaceutici e che le officine di prodotti chimici usati in medicina e di preparati galenici sono soggette ad ispezione da parte del Ministero della Sanità sia prima dell'apertura sia in via ordinaria ogni biennio sia in via straordinaria. Infatti, la qualità delle produzioni e delle preparazioni, la loro innocuità ed efficacia possono essere garantite solo da un continuo ed esteso controllo a tutti i livelli della produzione e della conservazione. Fino a tutto il 1967 i funzionari dell'Istituto hanno partecipato a circa 200 di queste

ispezioni straordinarie che potranno condurre a provvedimenti opportuni in armonia con il disposto delle leggi vigenti per il miglioramento della produzione nazionale.

Il Gruppo per lo studio dei problemi connessi con la produzione dei farmaci ha esaminato e proposto al Ministero della Sanità i criteri da adottare nell'esame delle eventuali richieste di sovradosaggio di principi attivi nelle specialità farmaceutiche ed ha provveduto all'esame e alla catalogazione dei dati bibliografici relativi alla tossicità ed agli effetti secondari dei farmaci.

Il Gruppo per lo studio dei problemi connessi con la brevettabilità dei medicamenti e con le regolamentazioni comunitarie ha eseguito la stesura del nuovo progetto di legge sulla brevettabilità dei medicamenti, avvenuta presso il Ministero dell'Industria e Commercio e ha recepito, formulando proposte, le direttive comunitarie in merito alla produzione dei prodotti farmaceutici, con lo scopo di addivenire al più presto alla auspicata armonizzazione.

Il Gruppo per lo studio dei problemi connessi con la produzione dei cosmetici ha esaminato collegialmente i prodotti cosmetici su cui era stato richiesto, dal Nucleo Antisofisticazioni del Ministero della Sanità, il parere circa la innocuità dei componenti le preparazioni e la congruità di quanto dichiarato in etichetta e nei fogli illustrativi ed ha studiato i criteri per una regolamentazione del settore che oggi, pur interessando molto da vicino la salute pubblica, non trova alcuna norma o disciplina.

C) *Inquinamento atmosferico.*

In questo settore convergono gli studi e le ricerche di alcuni reparti dei Laboratori di Chimica, Chimica Biologica e Ingegneria Sanitaria. Questa attività, così come quella presso altri Enti (C.N.R.) o presso Commissioni nazionali, è stata coordinata dal Gruppo per lo studio dell'inquinamento atmosferico.

Nel 1966 è stata effettuata, ad es., per la prima volta, un'operazione a lungo termine a Fidenza con l'intervento di stazioni mobili e fisse e di una notevole quantità di personale, per studiare a fondo le condizioni dell'inquinamento atmosferico dovuto a fabbriche di piombo tetraetile. I risultati del rilevamento hanno permesso di chiarire le cause del problema e di proporre le opportune soluzioni. Successivamente l'impiego di stazioni fisse e mobili è stato esteso a varie zone industriali d'Italia che sono quindi sotto stretto controllo con analisi tecnologiche degli scarichi industriali. Un rilevamento sistematico dello stato di purezza dell'atmosfera della città di Roma è in fase di attuazione.

Il Gruppo per lo studio dell'inquinamento atmosferico ha dedicato la sua attività a studi e ricerche che hanno permesso l'elaborazione sia della

legge contro l'inquinamento atmosferico (Legge 13 luglio 1966, n. 615), sia dei regolamenti di applicazione della stessa il primo dei quali, limitatamente al settore degli impianti termici, è in vigore dal gennaio 1968 (D.M. n. 1288 del 24 ottobre 1967); a questo seguiranno quello per il settore dei veicoli a motore che è in fase avanzata di discussione interministeriale e quello per il settore industriale. Gli argomenti elaborati in Istituto sono quelli relativi ai requisiti tecnici e costruttivi degli impianti, ai requisiti dei combustibili, alle norme per il controllo dei fumi e delle emissioni, ai limiti e modalità di accertamento delle emissioni dei veicoli a motore. Allegati a questi regolamenti sono stati redatti un glossario dei termini ricorrenti nella normativa e i metodi di analisi dei principali inquinanti.

D) *Inquinamento delle acque superficiali e profonde e approvvigionamento idrico.*

Anche in questo settore l'attività dell'Istituto è stata ampia e approfondita; in essa sono stati impegnati alcuni reparti dei Laboratóri di Chimica, di Microbiologia, di Ingegneria Sanitaria.

Il problema dell'inquinamento delle acque dei fiumi, dei laghi, dei mari e delle falde è sempre all'ordine del giorno come uno dei problemi più pressanti della sanità pubblica che potrebbe essere risolto in sede legislativa con un provvedimento globale che interessi tutto il territorio nazionale.

E' noto infatti come attualmente le competenze siano ripartite fra organi diversi, comuni, provincie, organi di polizia, Ministeri diversi, capitanerie di porto, ecc..

L'Istituto ha oramai fatto numerosissimi interventi soprattutto nelle zone industriali che scaricano i loro rifiuti nei fiumi (Bormida, Olona, Ronco), nei laghi (lago d'Orta), in mare (zona di Massa Carrara). Anche l'inquinamento delle falde acquifere intorno a Milano è stato oggetto di numerosi interventi e rilevamenti. Gli interventi effettuati, sempre con tempestività ed efficacia, hanno permesso di riportare in alcune zone, gli inquinamenti a livelli tollerabili.

E' stato inoltre approfondito lo studio dei detergenti e della loro biodegradabilità in relazione ai loro effetti sulla fauna acquatica e sulla popolazione civile.

E' stato anche compiuto uno studio sull'inquinamento del litorale di Anzio e del lago di Bracciano in previsione, in quest'ultimo caso, di utilizzare quest'acqua per uso potabile.

Sempre nel settore dell'approvvigionamento idrico vanno segnalati il pronto intervento dell'Istituto in occasione della rottura dell'acquedotto del Peschiera con conseguente tempestiva normalizzazione della situazione e la

collaborazione data all'indagine sullo stato dell'acquedotto Marcio della città di Roma.

Accanto all'inquinamento industriale è sempre in evidenza l'inquinamento dovuto allo scarico dei rifiuti domestici e quindi il problema del loro smaltimento.

Il Gruppo per lo studio degli aspetti sanitari delle acque ha sempre coordinato questi studi e rilevamenti e collabora con il CNR ove è stata costituita una Commissione di Studio per la programmazione e il coordinamento a livello tecnico-scientifico delle attività di ricerca nel campo dell'inquinamento delle acque, di cui fanno parte ricercatori dell'Istituto. Il Gruppo di studio è anche in collegamento con la Commissione per l'approvvigionamento idrico della città di Roma e con l'Ufficio di Igiene e Sanità del Comune di Roma ed anche con l'Azienda Comunale Elettricità e Acque (ACEA) di Roma.

E) *Protezione della popolazione dalle radiazioni ionizzanti.*

Il grande sviluppo realizzato nel campo della utilizzazione pacifica dell'energia nucleare, il moltiplicarsi di centri in cui si usano radioisotopi, l'affermarsi su scala industriale delle tecniche di irradiazione, il diffondersi nelle cliniche e negli ospedali delle tecniche di diagnostica e terapia con radiazioni, hanno accresciuto, e seguitano ad accrescere, il carico dei compiti istituzionali cui l'Istituto, attraverso i Laboratori di Fisica, deve far fronte. Come già negli anni precedenti, l'attività dell'Istituto in questo settore si è svolta in tre direzioni relative a: 1) problemi connessi con la sicurezza dei reattori nucleari; 2) problemi connessi con l'uso delle radiazioni nella diagnostica e nella terapia; 3) problemi connessi con le utilizzazioni industriali delle radiazioni (esclusi i reattori nucleari).

Per quanto concerne il primo punto si ricorda che il D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185 assegna al Ministero della Sanità — che si avvale dei Laboratori dell'Istituto — la sicurezza e la protezione sanitaria delle popolazioni che risiedono o comunque vengono a trovarsi anche temporaneamente nel territorio circostante un qualsiasi impianto nucleare: ogni incidente nucleare che si ripercuota in danno delle popolazioni civili, chiama pertanto in causa l'Istituto. In collaborazione con il Consiglio Interministeriale di coordinamento e consultazione, sono stati affrontati i temi del coordinamento della legislazione vigente e lo studio del completamento della legislazione nel campo della protezione dagli effetti delle radiazioni ionizzanti sia della popolazione che dei lavoratori.

Presso i Laboratori di Fisica esiste un impianto per la misura della radioattività atmosferica in grado di funzionare in qualsiasi momento si ren-

dano necessarie misure di controllo. Numerosi infatti sono stati gli interventi per accertare la presenza di presunte radioattività nell'ambiente.

Inoltre i Laboratori di Chimica e di Chimica Biologica effettuano, in collaborazione con i Laboratori di Fisica, lo studio sistematico del livello di contaminazione della catena alimentare, prelevando campioni in alcune zone del Paese.

Per il controllo delle attività mediche (diagnostica e terapia), accanto all'attività ispettiva, è in corso un pesante lavoro di revisione di tutti i preparati di radio in dotazione agli ospedali italiani.

Studi inoltre vengono avviati per le applicazioni industriali, nel settore sanitario (alimenti, farmaceutici, ecc.), dell'irradiazione, soprattutto a scopo conservativo; tali studi vengono effettuati con l'irradiatore Co^{60} in dotazione ai Laboratori di Microbiologia.

F) *Lotta contro le malattie infettive e sociali.*

L'Istituto Superiore di Sanità è sempre più impegnato, in collaborazione col Ministero della Sanità, nello studio ed applicazione di tutte quelle misure atte alla tutela della salute pubblica intervenendo sempre e ovunque si creino fenomeni epidemici sia per malattie virali (polio, influenza e malattie varie sorrette da adenovirus e arbovirus) che per malattie batteriche (tetano, salmonellosi, brucellosi, stafilicoccosi, ecc.).

Il controllo epidemiologico della poliomielite è sempre in aggiornamento.

Ricerche sono state compiute sulla eziologia dell'*epatite virale,* sulle *leptospirosi,* sulle eventuali differenze fra i diversi ceppi di virus vaccinico impiegati per la produzione del vaccino antivaioloso. E' stato anche affrontato il problema della echinococcosi, in relazione al suo accertamento sierologico.

Col microscopio elettronico numerosissime sono state le osservazioni sia sulla struttura, che sullo sviluppo di virus, fagi e microorganismi.

I problemi di standardizzazione, di tipizzazione, di preparazione di antigeni specifici, di normativa generale nei settori microbiologico e virale sono sempre all'ordine del giorno e affrontati secondo le esigenze sanitarie del Paese.

Un notevole contributo i ricercatori dell'Istituto hanno apportato alla conoscenza degli artropodi che possono svolgere il ruolo di vettori di arbovirus patogeni per l'uomo, e sono sicuramente responsabili di malattie infettive diffuse nel nostro Paese.

Analogamente si sono sviluppati gli studi, le ricerche e gli interventi relativi alle malattie infettive degli animali domestici. Per le tubercoline è stato proposto un nuovo standard nazionale in relazione al piano di eradi-

cazione della tubercolosi bovina ed è stato proposto un nuovo metodo per la diagnosi della brucellosi nei bovini.

Nel settore delle malattie sociali, l'Istituto apporta il suo contributo con ricerche fondamentali di biologia cellulare e molecolare, di biochimica, di fisiologia e di farmacologia. E' evidente cioè, come anche stabilì il Comitato Scientifico, che l'Istituto non può affrontare il problema diretto della terapia di queste malattie, essendo tale studio essenzialmente clinico.

Di particolare rilievo sono le ricerche sulla caratterizzazione di alcune emoglobine umane anomale e quelle sulla eventuale presenza di particelle virali in cellule tumorali.

Progressi inoltre si sono conseguiti nel campo dell'immunologia delle infezioni da Plasmodii e nel settore della eradicazione della leishmaniosi cutanea.

Ogni anno si compiono in Istituto decine di migliaia di accertamenti diagnostici e di sierodiagnosi e questa attività, più di ogni altra, dimostra la disponibilità dell'Istituto per risolvere il problema delle malattie infettive e sociali e lo spirito di iniziativa tendente sempre di più verso la prevenzione.

L'Istituto ha dovuto inoltre nel quadro dei suoi compiti istituzionali esprimere il proprio parere in molti altri settori.

Nell'igiene edilizia vengono continuamente emanate norme tecniche su problemi vari quali, ad esempio, la progettazione di ospedali e lo smaltimento dei liquami di fogna, dei rifiuti liquidi degli ospedali e di quelli di stabilimenti industriali.

Nel settore tecnologico sono i Laboratori di Ingegneria Sanitaria che affrontano questi problemi (distribuzioni planimetriche degli ospedali, dei centri di rianimazione, delle unità di cura intensive negli ospedali generali, procedimenti di fermentazione controllata per l'utilizzazione dei rifiuti solidi urbani e per la produzione di fertilizzanti e mangimi come anche altre progettazioni igienico-sanitarie, ecc.).

Il controllo degli stupefacenti e dei reperti sospetti è svolto dai Laboratori di Biologia che collaborano altresì col Comitato Italiano per la Standardizzazione dei metodi in ematologia.

Le ispezioni ad industrie alimentari, gli interventi ed indagini presso officine di produzione di prodotti farmaceutici, pesticidi, ecc. e le ispezioni ai Laboratori Chimici Provinciali sono effettuati dai ricercatori dei Laboratori di Chimica.

I Laboratori di Fisica sono chiamati a dar pareri su progetti di scarichi di rifiuti radioattivi, sulle richieste di autorizzazione all'impiego di isotopi radioattivi per usi diagnostici e terapeutici, sulla efficienza di impianti industriali di irradiazione e di quelli ospedalieri di telecobalto e te-

lecurieterapia e di quelli radiologici. Controllano presidi medici, misuratori di radioattività, schermi radiologici, collaudano i preparati di radio, ecc..

Il controllo e la produzione di sieri e vaccini, il controllo delle gammaglobuline, dei derivati del sangue, le sierodiagnosi, l'identificazione di ceppi, tipizzazioni, gli esami colturali vari, le inchieste epidemiologiche, le ispezioni e gli interventi epidemiologici per tossinfezioni sono svolti dai Laboratori di Microbiologia.

I Laboratori di Parassitologia sono invece impegnati sempre nella lotta contro gli insetti considerati vettori di malattie. L'eradicazione della *Musca domestica* è in fase di avanzata attuazione in alcune zone d'Italia; la ricerca ecologica di insetti predatori nel quadro della lotta biologica e quella sul parassitismo intestinale sono tuttora in corso.

I Laboratori di Veterinaria sono sempre di più impegnati sia nella lotta delle malattie infettive e virali degli animali, con lo scopo di salvaguardare e proteggere il nostro patrimonio zootecnico, che nella bonifica sanitaria del bestiame. In questo settore le attività di controllo crescono di giorno in giorno sia per quanto riguarda i sieri, i vaccini e le anatossine per uso veterinario, sia per gli alimenti di origine animale e i mangimi sia per le diagnosi di malattie esotiche come la peste suina africana.

G) *Interventi eccezionali.*

Vi sono stati due episodi che hanno mobilitato l'Istituto Superiore di Sanità in interventi di eccezionale portata: le alluvioni del novembre 1966 e la peste suina africana del 1967.

In occasione delle alluvioni del novembre 1966 in Toscana (Firenze e Grosseto), nel Cadore, nel Veneto (Venezia e bacino del Tagliamento) e nel Trentino, l'Istituto è intervenuto in ausilio alle amministrazioni sanitarie e periferiche sia per il ripristino e la disinfezione degli acquedotti, sia per il controllo delle derrate alimentari rimaste danneggiate, sia per lo studio delle condizioni sanitarie generali e prevenzione contro l'insorgere di malattie infettive.

A queste operazioni durate per tutto il mese di novembre si sono dedicati tre Gruppi mobili: uno a Firenze, uno nel Cadore e Trentino e un terzo a Roma e nel Grossetano. In provincia di Firenze sono stati effettuati, in condizioni estremamente disagiate e in 22 giorni, decine di interventi, e centinaia di analisi, sistemati 20 cloratori per l'acqua potabile, percorrendo tutta la provincia di Firenze con automezzi ed anche a piedi. L'operazione ha avuto pieno successo in quanto non si è avuto aumento di casi di tifo e paratifo, anzi se ne è avuta una netta diminuzione.

La seconda unità mobile, con i propri automezzi, con elicotteri e con lunghe marce a piedi, ha operato nelle provincie di Rovigo, Belluno, Trento e Udine. L'attività si è svolta nelle valli del Sangro, dell'alto Piave, del Cordevole, del Cismon, dell'Arsio, nella Val Sugana ed in particolare a Tolle e Porto Tolle (Rovigo), Mezzano, Lavis, Fiera di Primiero, Pergine, Borgo (Trento), Borca, S. Stefano di Cadore, S. Pietro di Cadore, Sappada, Cencenighe (Belluno), ecc. In totale sono stati controllati 100 acquedotti, effettuando in campo tutti i relativi esami batteriologici e chimici. Sono stati inoltre istallati 13 cloratori.

Per quanto riguarda la peste suina africana, che ha colpito gli allevamenti suini intorno a Roma e in altre zone d'Italia, va segnalato che è stata opera dei ricercatori dell'Istituto la rapida e sicura diagnosi. Effettuata la diagnosi è stato l'Istituto ad indicare con fermezza i provvedimenti da prendere e quali allevamenti distruggere e capi abbattere e che ha effettuato tutte le analisi dei casi sospetti. Inoltre, come dimostrano le epidemie scoppiate in Spagna e in Francia, l'infezione deve essere combattuta radicalmente e con energia se la si vuole vincere con rapidità in modo da non danneggiare gravemente anche l'esportazione.

Nella fase critica di questo episodio i Laboratori di Veterinaria sono stati mobilitati oltre le loro capacità e possibilità ed hanno effettuato numerosissime ispezioni ad allevamenti in tutta Italia ed eseguito qualche migliaio di accertamenti diagnostici per peste suina africana. Questo espisodio ha anche dimostrato chiaramente come le attuali strutture previste per i Laboratori di Veterinaria, non siano più adeguate allo sviluppo della zootecnia ed all'aumentato pericolo di contagio conseguente all'incremento degli scambi.

Questi due episodi hanno dimostrato come il personale dell'Istituto si è prodigato oltre ogni possibile previsione sempre con sacrificio personale, anche economico, considerando che le spese di missione non sono mai sufficienti a coprire le necessità e che non sempre, specialmente per le categorie degli operai, ecc., sono adeguatamente previste.

L'attività di Sanità pubblica esposta, dimostra come lo Stato affidi all'Istituto tutta la normativa tecnica del settore sanitario e tutti i controlli, interventi ed ispezioni dello stesso settore.

A tale proposito va detto che tale attività è in continuo, vertiginoso aumento. Ciò è dovuto alla aumentata industrializzazione del Paese, all'aumentato reddito pro-capite con conseguente aumento dei consumi in tutti i settori. Con l'aumentare della spesa per i consumi, aumentano quindi anche le esigenze sanitarie, i controlli, gli interventi.

Se nel triennio 1965 - 1967 sono stati affrontati e avviati a soluzione i problemi degli additivi alimentari, dei pesticidi e disinfestanti, quelli delle contaminazioni radioattive, quelli dell'inquinamento atmosferico, ecc., è da prevedere che per il triennio successivo altri problemi si dovranno affrontare: la conservazione degli alimenti mediante il freddo, la sterilizzazione dei medesimi, l'irradiazione di alcuni prodotti alimentari, l'inquinamento delle acque, l'approvvigionamento idrico, il controllo dei prodotti cosmetici, la brevettabilità dei medicamenti, ecc.

Sono cioè le dimensioni del problema che cambiano totalmente. Ed è quindi logico affermare che a nuove dimensioni occorrono nuove strutture. E' impensabile infatti che l'Istituto Superiore di Sanità possa affrontare da solo questa gran massa di problemi. Le soluzioni sono state più volte prospettate, ma mai discusse a fondo. E' necessario trovare una sede più idonea per i controlli relativi a sofisticazioni e a frodi: ciò renderebbe anche più spedita l'opera del Nucleo Antisofisticazioni. Questa decentralizzazione sarebbe realizzabile solo che si potenziassero i laboratori provinciali d'igiene e profilassi o che si istituissero dei laboratori regionali di controllo che, interpretando le esigenze sanitarie del Paese, eseguissero la massa più crescente di controlli merceologici e fossero investiti di quella autorità necessaria per effettuare anche i controlli in seconda istanza. All'organo centrale (l'Istituto Superiore di Sanità) dovrebbe essere riservata l'opera normativa generale, la messa a punto delle metodiche analitiche, la supervisione tecnica dell'operato di questi organi periferici.

Inoltre è necessario, individuati alcuni problemi sanitari prioritari (quali il controllo della produzione alimentare, farmaceutica, gli inquinamenti, la medicina preventiva, l'epidemiologia, le contaminazioni, ecc.) prevedere, per un futuro non remoto, la istituzione di istituti specializzati ciascuno per ogni singolo problema, collegati tra loro e coordinati da un organo centrale tecnico.

E' chiaro che queste soluzioni prospettate richiedono una visione globale delle necessità sanitarie del Paese, nuove strutture, nuovi ordinamenti, un trattamento economico adeguato per i tecnici e il loro facile spostamento da un settore all'altro.

Solo avviandosi su questa strada sarà possibile restituire all'Istituto Superiore di Sanità la sua vitalità propria di organo tecnico-scientifico dello Stato, cui è affidata anche la ricerca scientifica nel settore sanitario.

Allo stato attuale e in attesa che queste questioni maturino anche politicamente, l'Istituto Superiore di Sanità provvederà come sempre a risolvere i problemi più urgenti sempreché venga realizzata almeno quella prima riforma già approvata in sede governativa.

	1965	1966	1967	Totale	Variazioni rispetto al triennio 1962 - 64
A) *Prodotti alimentari*:					
Analisi di registrazione e di revisione	4.342	6.136	6.300	16.778	+ 24%
Analisi di mangimi	112	159	326	597	— 50%
B) *Prodotti medicinali - Sieri e vaccini*:					
Controlli di registrazione e di revisione	994	1.165	1.016	3.175	
Controlli automatizzati	—	—	2.000	2.000	+ 50%
Sieri e vaccini (controlli)	280	305	255	840	+ 66%
Sieri e vaccini (dosi prodotte) . . .	9.770	6.000	3.000	18.770	—
Stupefacenti e reperti vari	55	35	43	133	+ 46%
Catgut (controllo di stato)	568	552	581	1.701	+ 11%
Composti curarici (controllo di stato)	82	72	76	230	—
C) *Disinfettanti - Disinfestanti - Presidi*:					
Disinfettanti e disinfestanti	88	57	67	212	
Formulati di pesticidi	624	415	449	1.488	+ 5%
Altri presidi	10	14	23	47	
D) *Pareri*:					
Additivi alimentari	524	930	970	2.424	
Esami di progetti di opere igieniche (acquedotti, fognature, ospedali, ecc.)	21	33	14	68	+ 13%
Brevetti	378	220	517	1.115	
E) *Inquinamenti* (*aria - acqua*):					
Analisi e controlli	5.009	510	742	6.261	+ 100%
F) *Protezione radiologica*:					
Controllo preparati di radio	259	188	282	729	
Taratura di preparati di radio . . .	74	9	10	93	— 30%
Controllo di schermi e di impianti .	470	254	570	1.294	
G) *Prodotti cosmetici*:					
Analisi di revisione	38	50	60	148	+ 100%
H) *Accertamenti diagnostici vari - Tipizzazioni - Identificazioni batteriologiche*	24.262	26.000	27.000	77.262	—
I) *Ispezioni e sopralluoghi*	68	290	500	858	—
L) *Microanalisi*	5.530	5.200	4.850	15.580	— 15%
M) *Gas - Cromatografie*	—	589	529	1.118	+ 100%
N) *Controlli vari*	132	150	250	532	—

VI. - REALIZZAZIONI NEL CAMPO DELLA RICERCA SCIENTIFICA

La crisi, che nel 1964 si abbattè sull'Istituto, colpì, più di ogni altro settore, quello della ricerca scientifica. E' indiscutibile, infatti, che a quel momento l'Istituto Superiore di Sanità stava raccogliendo i frutti di quanto fino allora era stato fatto con la costituzione di alcuni grandi gruppi di ricerca in settori di avanguardia (es. chimica microbiologica, psicofarmaci, curari di sintesi). Da allora infatti abbiamo assistito all'esodo dei due premi Nobel (Chain e Bovet) e, successivamente, di parte di loro qualificati collaboratori. Cioè, se fino ad allora l'Istituto era un centro di richiamo sia per i docenti universitari italiani, che pur essendo vincitori di cattedra preferivano svolgere la loro opera di ricerca nell'Istituto Superiore di Sanità, sia per ricercatori dei Paesi scientificamente più avanzati, gradatamente si è notata una inversione di questa tendenza con conseguente esodo verso le Università e i centri di ricerca nazionali o stranieri.

Contemporaneamente l'aumento dei compiti urgenti di controllo e di indagini igienico-sanitarie ha distolto in parte, dalla ricerca di base, anche molti elementi qualificati.

Nonostante ciò, per l'entusiasmo dei ricercatori, entusiasmo pienamente condiviso ed alimentato dalla Direzione stessa, la ricerca fondamentale ha continuato a svolgersi e a superare le difficoltà insite nella situazione attuale, col risultato di riportare gradatamente l'Istituto stesso a riguadagnare, anche in campo internazionale, molte delle posizioni perdute, ad acquisire la fisionomia di grande centro di ricerca sanitaria, il più grande d'Italia e forse d'Europa, a rappresentare un modello unico che, come tale, appartiene all'umanità intera.

L'attività di ricerca si svolge nei 10 laboratori dell'Istituto ed è strettamente attinente alla loro specifica competenza, oppure assume l'aspetto di ricerca interdisciplinare, quando viene svolta con la collaborazione fra più laboratori o addirittura con Istituti Universitari, Enti e Centri di ricerca nazionali, esteri od internazionali.

La ricerca fondamentale che si compie in Istituto, è evidente, non può essere fine a sè stessa, ma indirizzata verso lo studio di problemi scientifici di base la cui conoscenza permetterà la risoluzione di problemi sanitari nelle varie discipline.

Considerato inoltre che allo stato attuale non si può disperdere la ricerca in iniziative individuali, episodiche o isolate, l'Istituto sta organizzando una programmazione interna ed un coordinamento delle varie attività di ricerca. Ma qualsiasi pianificazione può essere fatta e portata a termine con successo e con ordine, solo se le leggi che organizzano gli Enti pubblici di ricerca, e, quindi, che regolano la contabilità della ricerca, sono aggiornate alle

moderne esigenze ed elaborate in modo agile e dinamico così come il rapido evolversi della scienza e della tecnologia richiede. Ciò dovrebbe consentire all'Istituto anche la possibilità di fruire di contributi di ricerca che Enti italiani (CNR ed altri), stranieri ed internazionali (OMS, FAO, EURATOM, ecc.) distribuiscono nel mondo. Il fatto che l'Istituto Superiore di Sanità debba, per carente legislazione in materia, rimanere estraneo all'assegnazione di questi contributi, provoca fatalmente la sua esclusione dai più utili e vasti programmi di ricerca internazionale, rimanendo quindi l'assurdo che l'Italia versa ad altri Enti internazionali contributi per la formazione di fondi mondiali per la ricerca, più di quanti ne riceve: cioè, noi finanziamo la ricerca e lo sviluppo di tutti gli altri Paesi ad alto sviluppo e sottosviluppati, senza alcuna giusta contropartita o « giusto ritorno ».

Le attività di ricerca fondamentale svolte nei Laboratori dell'Istituto, nello scorso triennio, e che solo parzialmente qui indichiamo in modo sommario, possono così compendiarsi.

Le ricerche di *Biologia* hanno interessato principalmente i settori della Biologia molecolare, della Biofisica, della Radiobiologia e della Genetica.

Nel settore della *Biologia molecolare* si sono svolte ricerche sulla struttura primaria di emoglobine di anfibi intese a chiarire i rapporti tra struttura e funzioni dell'emoglobina e di alcune proteine globulari di importanza biologica ed è continuato lo studio delle emoglobine umane a struttura anomala come parte di un vasto programma di ricerche sulle talassemie.

In *Biofisica,* le ricerche, che si svolgono nei Laboratori di Fisica, sono state orientate nell'ambito dello studio della struttura e delle funzioni delle macromolecole biologiche nella sintesi proteica. Lo studio sperimentale della cinetica di denaturazione del DNA ha trovato la sua interpretazione nel modello dinamico completamente nuovo che è stato proposto per il legame a idrogeno tra le due eliche.

Nella *Radiobiologia* sono state compiute ricerche sulla inattivazione da radiazioni di enzimi « in vitro ».

Nel settore della *Genetica* è stata completata la mappatura generale del controllo sulla biosintesi dell'istidina in *Streptomyces coelicolor* e sono state effettuate ricerche sull'analisi della ricombinazione intracistronica e delle mutazioni provenienti dalla ricombinazione stessa.

Le ricerche di *Biochimica* si sono sviluppate nei settori del metabolismo intermedio dei carboidrati e degli ammino acidi nei tessuti animali e sui meccanismi che regolano tale metabolismo. Dai risultati ottenuti, nel tessuto cerebrale di ratto si è potuta evidenziare, ad esempio, una probabile interrelazione tra la glicolisi aerobica e la produzione di acido aspartico.

Nel settore della differenzazione e riproduzione cellulare, nel quadro di una collaborazione con la Washington University di St. Louis, si sono compiuti studi tendenti a mettere in evidenza le modificazioni di indole metabolica determinate dal Nerve Growth Factor (NGF) o fattore di crescita delle cellule nervose che, estratto dalle ghiandole di topo e dal veleno di serpente, è stato ottenuto in quantità sufficiente e con un grado di purezza che ha consentito la sua identificazione in varie forme molecolari ed una parziale caratterizzazione.

L'azione del NGF sul metabolismo dei carboidrati, lipidico e sulla sintesi proteica e di RNA e le ricerche di carattere comparato sull'insulina e sul NGF permettono di avanzare l'ipotesi che questo fattore esplichi una azione assai più selettiva e specifica degli ormoni. Nei gangli nervosi è stato messo in evidenza un composto steroideo presente nei penati embrionali e praticamente assente nell'adulto, che potrebbe avere un ruolo specifico nel processo di crescita e differenziazione cellulare. Nel metabolismo dei lipidi sono continuate le ricerche sulla aterogenesi sperimentale nel ratto ed è stata studiata la composizione lipidica delle pareti di aorta in paragone a quella del siero e del fegato.

Nel campo del metabolismo microbico sono stati eseguiti studi sui nucleotidi da microorganismi nel corso dei quali sono stati isolati e caratterizzati, l'acido guanosinpropionico, 18 derivati purinici e pirimidinici, uno dei quali non era ancora stato ritrovato in natura, e di un nuovo nucleotide uridinico. E' stata realizzata anche la sintesi dell'acido adenilosuccinico.

Alle ricerche di *Chimica* hanno apportato il loro contributo originale ed importante ricercatori di vari Laboratori.

Nel campo della *Chimica organica* sono state realizzate nuove sintesi di composti eteroclici nuovi ed originali di interesse farmacologico e si è studiato il meccanismo di alcune reazioni generali.

Sono state studiate sostanze naturali biologicamente attive, quali: i chinoni del legno di *Mansonia altissima,* con particolare riguardo alle interconversioni tra i chinoni ed allo studio di glucosidi cardiocinetici della stessa pianta; le leucoantocianidine isolate dal *Peltogyne recifensis* e numerosi alcaloidi di Strychnos sud-americane. E' stata inoltre definita la struttura di un nuovo antibiotico derivato della glutarimmide, isolato in Istituto da ceppi di *Aspergillus flavipes sp.,* e chiarita la struttura di una sostanza fitopatogena che provoca la malattia delle mandorle e pesche, la fusicoccina. Questa tossina, a struttura terpenica, è stata prodotta in scala di impianto pilota ed è un modello per lo studio delle infezioni attraverso la produzione di un intermedio chimico.

Sono inoltre stati studiati altri ceppi di *Claviceps sp.* con produzione di alcaloidi peptidici.

Nel campo della *Chimica Fisica* un notevole contributo è stato dato stabilendo i coefficienti di attività di specie ioniche singole determinate sperimentalmente con sistemi eletrochimici non isotermi, studiando altresì il coefficiente di temperatura vero della tensione elettrica di questi singoli elettrodi.

Nel campo della *Chimica teorica* sono state eseguite ricerche su alcuni aspetti del simbolismo chimico e sul significato che ad esso deve attribuirsi in relazione alla nozione di stato di valenza di un atomo in una molecola ed alla funzione d'onda riferibile alla molecola stessa. La struttura elettronica di gruppi isomeri di alcuni composti eteroaromatici è stata anche studiata ed i calcoli hanno condotto a chiarire vari aspetti della struttura dei composti studiati, a prevedere momenti dipolari e transizioni spettrali. Questi studi si inseriscono nel nuovo orientamento sull'importanza della distribuzione elettronica nella determinazione dell'attività biologica.

Inoltre nel campo della ricerca applicata sono state messe a punto metodiche analitiche e strumentali. Nuovi e più precisi e moderni metodi di analisi sono stati consigliati per molti prodotti farmaceutici (ormoni, vitamine, coenzimi, nucleotidi, nucleosidi, prodotti sintetici, fitoterapici, opoterapici, ecc.), naturali di origine animale (estratti di organi, ecc.), alimentari (vini, formaggi, cereali, ecc.), pesticidi e disinfestanti e loro residui tossici negli alimenti, contenitori destinati a venire in contatto con gli alimenti, dietetici, ecc... Tutti questi metodi si avvalgono delle più moderne tecniche analitiche cromatografiche (su strato sottile con vari adsorbenti), gas-cromatografiche, spettrofotometriche nell'U.V. e I.R., per risonanza magnetico-nucleare, elettrometriche, ecc. Il continuo aggiornamento della strumentazione è infatti una delle caratteristiche dei Laboratori dell'Istituto che si avvalgono sempre di apparecchiature le più moderne ed avanzate possibili. Tecniche moderne vengono anche impiegate nelle indagini relative agli inquinamenti e ai rilevamenti corrispondenti in relazione agli inquinanti dell'atmosfera, delle acque e dell'ambiente in generale.

Le ricerche nel campo dell'*Elettronica sanitaria* si sono svolte seguendo come indirizzo principale l'applicazione dell'elettronica a problemi elettromedicali ed in particolare all'oculistica. In tal senso si sono compiute ricerche di pupillografia, studi per il movimento della pupillografia, studi per il movimento della pupilla e del punto osservato e studi sull'effetto Pulfrich. Inoltre si sono affrontati taluni problemi pratici come la realizzazione di apparecchiature per l'automazione di misure numeriche; le ricerche sugli amplificatori transistorizzati per applicazioni biologiche e sulle apparecchiature per ricerche farmacologiche e biologiche.

Le ricerche nel campo della *Farmacologia* vengono compiute nei Laboratori di Chimica Terapeutica ed interessano tre settori principali: neurofarmacologia (effetti di vari farmaci sull'elettroencefalogramma dell'animale); psicofarmacologia (indagine sistematica degli effetti di vari farmaci psicotropi in relazione al meccanismo biochimico); farmacologia del sistema cardiocircolatorio (funzione delle catecolammine e del loro metabolismo).

L'attività di ricerca fondamentale nel campo della *Fisica* ha interessato la fisica nucleare, la fisica dei raggi X, la fisica degli stati condensati, la fisica teorica, oltre alla microscopia elettronica. Le ricerche in fisica nucleare sono state svolte utilizzando il fascio di elettroni estratto dall'elettrosincrotone di Frascati (CNEN). E' stata studiata la reazione (e, e', p), realizzata una misura con la stessa reazione in nuclei complessi, cioè una esperienza che si riteneva impossibile.

Nel settore della fisica degli stati condensati, risultati sono stati ottenuti sulle proprietà dielettriche dei solidi alle frequenze delle microonde e sullo studio del legame a idrogeno nei liquidi per il quale è stato proposto un particolare tipo di interazione di scambio tra molecole: tale studio ha notevole interesse per l'interpretazione delle strutture dei DNA. Con un nuovo spettrometro di risonanza di spin elettronico si sono cominciate a studiare sostanze plastiche preventivamente irradiate con la sorgente di Co^{60} da 12.500 Cu. a diverse dosi, per mettere in luce eventuali alterazioni della struttura molecolare in funzione anche del rilevamento di modificazione da irradiazione di materiali (alimenti).

Le ricerche in microscopia elettronica sono state numerose e di tipo assai vario. Oltre a quelle interessanti problemi di base di malattie infettive e sociali, sono state effettuate ricerche in campo biologico che possono essere suddivise nei gruppi: 1) morfologia, 2) citochimica, 3) virus, micoplasmi, batteri, 4) ricerche a livello molecolare. Fra queste si ricordano: le ricerche sulla struttura e sul processo formativo dell'osso, quelle nel campo del virus influenzale, dei virus oncogeni con evidenziazione di una forma virale nel papilloma della vescica umana, del virus della poliomielite, quelle di citochimica applicata che riguardano la morfologia e la citochimica del glicogeno endoteliale del fegato umano, la morfologia e la fisiologia del cervello di *Periplaneta americana*, ecc...

Il Centro di Calcolo, già dotato di un elaboratore IBM 7040, si è recentemente arricchito di un elaboratore « 1800 IBM Data Acquisition and Control System » e ha svolto l'elaborazione dei programmi dei reparti dei Laboratori di Fisica e degli altri laboratori dell'Istituto.

Nell'*Ingegneria Sanitaria* si sono svolte ricerche nei settori dell'igiene edilizia, della termotecnica e tecnica del freddo, dell'ingegneria microbio-

logica, dell'approvvigionamento idrico e degli inquinamenti. Nel settore dell'igiene edilizia sono stati affrontati, ad esempio, i problemi relativi all'illuminazione naturale, ai nuovi orientamenti sulle misure e sui metodi di calcolo nel campo dell'igiene applicata. In quello della termodinamica e tecnica del freddo sono stati effettuati studi sui materiali per la realizzazione della refrigerazione termoelettrica, sui nuovi isolanti a bassa diffusività termica. Nel campo dell'ingegneria microbiologica è stata studiata la diffusione dinamica dell'ossigeno dell'aria nelle brodoculture.

Nel campo della *Microbiologia* le ricerche come sempre sono state numerose e degne di rilievo, svolgendosi in più settori, alcuni dei quali tradizionali per i Laboratori di Microbiologia dell'Istituto.

Le ricerche sui *micobatteri*, con particolare riguardo all'analisi della costituzione antigene dei vari membri della famiglia delle Actynomycetales, sono state onorate dal premio de Blasi nel 1965.

Le ricerche sistematiche delle frazioni antigene del *B. pertussis* hanno condotto alla preparazione di un nuovo tipo di terreno sintetico per la coltura di questo microrganismo in fase virulenta.

Nel campo delle leptospirosi sono stati condotti studi con particolare riguardo alla differenziazione biologica tra leptospire parassite e leptospire saprofite, mutazioni nelle leptospire e metabolismo delle stesse utilizzando lipidi come fattori di crescita.

Nel settore della *virologia* sono state effettuate ricerche sul meccanismo di azione di farmaci antivirali, sulla sintesi del RNA virale in cellule infettate con i virus della poliomielite, sui tipi di virus vaccinico, sull'interazione virus-cellula ospite, sulla microscopia elettronica del virus, in particolare, delle forme filamentose del virus influenzale sugli adenovirus della scimmia.

Recentemente è stato impostato un piano di ricerche sugli arbovirus in relazione alle ricerche sierologiche per valutare la loro circolazione in Italia.

In *Parassitologia* sono state eseguite, ottenendo interessanti risultati, ricerche nel settore dell'immunologia delle infezioni da Plasmodi, con la preparazione di un antigene da *Pl. berghei* sufficientemente concentrato in costituenti proteici da essere utilizzato in ricerche immunologiche. Così si è dimostrato che *Pl. gallinaceum* può svilupparsi in *Anopheles atepjensi* ed essere trasmesso al pulcino con la puntura di questa zanzara. Nel settore della fisiologia degli artropodi sono state condotte ricerche sull'elettrofisiologia del tessuto nervoso di insetti in rapporto all'azione di pesticidi. Indagini tossicologiche a livello biochimico sono state compiute nel tessuto di Artropodi e si è studiata l'azione del veleno di Latrodectus sull'attività di un neurone isolato dal gambero di acqua dolce. Nel settore dell'ecologia sono stati compiuti studi sulla innata capacità di incremento numerico di *Musca*

domestica. Studi vengono condotti sulla malaria nell'isola di Pantelleria, e ricerche sulla lotta integrata (chimica e biologica) contro *Musca domestica* alle isole Eolie, sulla resistenza agli insetticidi e sul parassitismo intestinale dell'uomo.

Nel campo della *Veterinaria* si sono effettuate ricerche virologiche sulle sindromi respiratorie acute a carattere diffuso dei bovini che, nel passato, avevano portato all'isolamento del virus della Rinotracheite infettiva del bovino. Altri agenti virali sono stati isolati da materiali patologici. Lo studio di virus enterici degli animali domestici e del bovino in particolare dovrebbe portare alla definizione di un maggior numero possibile di gruppi sierologici fondamentali e il loro isolamento ha dimostrato la presenza, nei nostri allevamenti bovini, di malattie di cui fino ad oggi non si conosceva, almeno nel nostro Paese, l'eziologia.

L'attività scientifica dell'Istituto è schematicamente rappresentata dalle seguenti cifre di Note pubblicate dai singoli Laboratori negli « Annali dell'Istituto Superiore di Sanità » e in altre riviste specializzate italiane e straniere.

	1965	*1966*	*1967*	Totale
Laboratori di Biologia	25	15	25	65
Laboratori di Chimica	33	24	33	90
Laboratori di Chimica Biologica . .	47	30	29	136
Laboratori di Chimica Terapeutica .	35	25	28	88
Laboratorio di Elettronica . . .	4	3	3	10
Laboratori di Fisica	100	99	48	247
Laboratori di Ingegneria Sanitaria .	5	11	7	23
Laboratori di Microbiologia . . .	30	26	28	84
Laboratori di Parassitologia . . .	18	23	26	67
Laboratori di Veterinaria . . .	28	19	25	72
Totale . . .	325	275	252	852

Nota. — Le cifre precedenti non comprendono nè le Comunicazioni a Congressi, Convegni, ecc. se non seguite da pubblicazione, nè le Conferenze se non seguite da pubblicazione, nè i rapporti interni di Laboratorio, di Istituto o eseguiti per altri Enti, nè le pubblicazioni licenziate alla stampa, ma ancora non pubblicate.

VII. - PUBBLICAZIONI DELL'ISTITUTO

Nel 1965, in sostituzione dei « Rendiconti dell'Istituto Superiore di Sanità » editi fino allora dalla Fondazione Paternò e dei « Scientific Papers », l'Istituto ha iniziato la pubblicazione di una propria rivista: gli « *Annali dell'Istituto superiore di Sanità* » in italiano e inglese.

Tale rivista è stata realizzata per fare conoscere e divulgare la produzione scientifica e l'attività dell'Istituto. Essa è diretta dal Direttore dell'Istituto e, accanto a un Comitato direttivo costituito dai Capi dei Laboratori con la collaborazione del Capo della Segreteria didattica, vi opera un Comitato di redazione formato da ricercatori dell'Istituto, il quale si avvale di consulenti redazionali esterni come esperti.

Questa rivista ha raggiunto la tiratura di circa 1600 copie e vede la luce generalmente in fascicoli bimestrali, cui si affiancano fascicoli speciali dedicati a cicli di seminari o a Convegni. In media pubblica circa 100 lavori l'anno in volumi di circa 1000 pagine. Il materiale contenuto in ogni fascicolo viene suddiviso nelle seguenti rubriche: Esperienze e Ricerche; Tecniche e Metodologie; Impianti e Apparecchiature; Rapporti dei Gruppi di ricerca; Rassegne; Conferenze; Recensioni e Commenti; Note riassuntive. Di queste rubriche le prime quattro rispecchiano le varie forme di attività sperimentali svolte dall'Istituto nel campo della ricerca; le altre sono rubriche di informazione. Ogni fascicolo si apre con un editoriale in cui la Redazione o i ricercatori dell'Istituto possono dibattere problemi scientifici e di sanità pubblica e porre l'accento su determinate questioni di immediato interesse.

Rapporti periodici sono anche compilati e diffusi da alcuni Laboratori (fisica, chimica, microbiologica) per la pubblicazione di dati rilevati e dei risultati delle ricerche effettuate dai Laboratori stessi, nonché dalla Segreteria Tecnica della Direzione a scopo informativo.

VIII. - BIBLIOTECA

La Biblioteca dell'Istituto è costituita da circa 150 mila volumi raggruppati nella Biblioteca centrale e nelle biblioteche di Laboratorio. L'incremento annuo è di circa 5000 volumi.

I servizi che fanno capo alla Biblioteca centrale sono stati riorganizzati nel 1966 allo scopo di adeguarli alle sempre maggiori esigenze dell'Istituto, ma va risolto urgentemente il problema dello spazio. A cura della Biblioteca vengono diffusi l'aggiornamento dell'elenco delle pubblicazioni periodiche in arrivo e l'elenco mensile delle pubblicazioni pervenute.

IX. - SERVIZI TECNICI

Una così complessa opera di ricerca si è potuta realizzare con la collaborazione degli uffici che attendono ai Servizi Tecnici Generali, che è auspicabile trovino, ben presto, una struttura ed una fisionomia proprie. Attualmente infatti essi fanno capo ai Laboratori di Ingegneria Sanitaria.

Questi servizi provvedono alla esecuzione di lavori di meccanica, di falegnameria, di vetrerie sperimentali e da laboratorio, richiesti dai Ricercatori dell'Istituto. Inoltre assicurano la manutenzione ordinaria delle estese e complesse reti di distribuzione degli impianti elettrici, idrici, termici, telefonici, degli ascensori e la distribuzione dei rifiuti animali ed organici in generale, provenienti dall'attività sperimentale dei laboratori. Numerose le apparecchiature costruite nelle officine; si citano ad esempio: una sonda standard di presa per gli studi sull'inquinamento atmosferico, ecc... Sono state inoltre studiate le soluzioni di numerosi problemi come ad es.: gli impianti di condizionamento per nuovi reparti; i dispositivi di sicurezza; l'organizzazione di reparti di sterilizzazione; l'ammodernamento della centralina e degli impianti termici degli stabulari, ecc.; il materiale necessario per lo svolgimento di indagini tecniche fuori sede, come, ad esempio, per la città di Fidenza sottoposta a controllo per l'inquinamento atmosferico.

X. - PARCO ZOOLOGICO

Il Parco Zoologico, che dipende dai Laboratori di Veterinaria, ha curato, intensificandoli anno per anno, gli allevamenti di piccoli animali da esperimento che sono stati utilizzati prevalentemente dai Laboratori dell'Istituto per le indagini biologiche « in vivo ». In esso si ospitano anche animali di grossa taglia per ricerche e per la produzione di sieri e vaccini. Circa due terzi degli animali da esperimento, necessari per le ricerche ed i controlli, vengono allevati nel parco zoologico dell'Istituto.

XI. - ATTIVITA' CULTURALI

Le attività culturali dell'Istituto comprendono:

1) conferenze, convegni, seminari, tavole rotonde, riunioni, ecc. a carattere nazionale ed internazionale organizzati dall'Istituto stesso o in esso ospitati;

2) conferenze, seminari, ecc., organizzati dai singoli laboratori e tenuti o da Ricercatori dei Laboratori o da Ricercatori italiani e stranieri, che ope-

rano in campi affini di ricerca. Queste manifestazioni hanno lo scopo di dibattere gli argomenti scientifici che si sviluppano in Istituto;

3) corsi di aggiornamento, lezioni, ecc., sia al personale dell'Istituto stesso sia al personale dell'amministrazione sanitaria;

4) accoglimento in Istituto di borsisti ed ospiti italiani e stranieri per periodi di tirocinio e di ricerca nel quadro della collaborazione tra istituti scientifici nazionali ed internazionali;

5) partecipazione a conferenze, convegni, seminari, congressi, tavole rotonde, riunioni, ecc., nazionali ed internazionali, ove si dibattono temi di attualità sia di carattere sanitario che scientifici generali.

Tra i congressi e convegni di maggior interesse tenuti in Istituto si ricordano:

— « Aggiornamento delle tecniche microanalitiche »;
— « Eziologia dell'epatite virale »;
— « Gli estratti fitoterapici »;
— « Le Micotossine »;
— « La Gel-Filtrazione »;
— « XI Simposio Europeo della Poliomielite e delle malattie affini »;
— « III Convegno Nazionale di Biofisica e Biologia Molecolare »;
— « I Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria »;
— « La Gas-Cromatografia dei farmaci azotati »;
— « Incontro di edilizia ospedaliera ».

Sono inoltre state tenute riunioni C.E.E.: Sottogruppi di lavoro per lo studio degli estratti alimentari e prodotti affini e dei cereali trasformati.

Le conferenze tenute in Istituto sono state molto numerose e tenute da personalità scientifiche di rilievo (in media 20 l'anno). Si ricordano le più importanti:

— *Bacq Z.M.* (Università di Liegi): « Nuovi aspetti della protezione dalle radiazioni ionizzanti »;

— *Buchi J.* (Politecnico di Zurigo): « Reattività chimica degli anestetici locali »;

— *Sabin A.B.* (Università di Cincinnati): 1ª « Studi recenti sul possibile ruolo dei virus nel cancro umano »; 2ª « Sforzi passati e prospettive future nelle ricerche dell'eziologia virale della leucemia e lipoma umani »;

— *Pavel I.* (Istituto Medico-Farmaceutico di Bucarest): « L'eredità nel diabete zuccherino »;

— *Di Lorenzo J.* (F.D.A. - Washington): « Attività della F.D.A. »;

— *Reichstein T.* (Premio Nobel) (Università di Basilea): « Cardenolidi come armi chimiche degli insetti »;

— *Mortara F.* (OMS - Ginevra): « Il programma di ricerche dell'OMS »;

— *Verkade E.P.* (Politecnico di Delft): « Composti organici con sapore dolce o amaro »;

— *Valdoni* P. (Roma): « La ricerca sperimentale nella chirurgia di oggi »;

— *Brachet J.* (Università libera di Bruxelles): « Differenziazione e sintesi proteica in assenza di nuclei cellulari »;

— *Croxatto H.* (Università Cattolica del Cile): « Recenti ricerche sui polipeptidi farmacologicamente attivi »;

— *Omodei Zorini A.* (Roma): « Risultati lontani della chemioprofilassi antitubercolare e sue applicazioni attuali ».

I seminari di laboratorio sono stati 64 nel 1965, 57 nel 1966 e 75 nel 1967, per un totale, nel triennio, di 196.

I corsi di aggiornamento e perfezionamento sono stati numerosi; quelli per il personale di altre amministrazioni sono stati:

— Corso di perfezionamento per Guardie di Sanità ed elementi N.A.S.;

— Corso annuale di addestramento in materie igienico-sanitarie per le allieve infermiere della C.R.I.;

— Corso antisofisticazioni per sottufficiali del N.A.S.;

— Corso di spettroscopia per Chimici.

Il personale dell'Istituto ha inoltre partecipato a corsi di aggiornamento in Italia e all'Estero.

I ricercatori inoltre partecipano attivamente ai Congressi, Convegni e manifestazioni varie italiane e internazionali. Per lo più sono Congressi scientifici o strettamente sanitari oppure sono Congressi od Assemblee scientifiche di Società. In media sono circa 150 per anno le manifestazioni cui l'Istituto partecipa con propri ricercatori e con contributi originali di ricerca.

XII. - COLLABORAZIONE IN SEDE NAZIONALE

La collaborazione nazionale si esplica su due direttive: quella scientifica sperimentale con Istituti Universitari, Centri del C.N.R. ed altri Enti di Ricerca (CNEN, ecc.) e quella normativa tecnica con altri Ministeri od Enti Pubblici.

Per la prima di queste collaborazioni vanno segnalate quelle con:

— Consiglio Nazionale delle Ricerche;
— Laboratori Nazionali del CNEN di Frascati;
— Istituto di Fisiologia dell'Università di Roma;
— Istituto di Fisica dell'Università di Roma e di Firenze;
— Istituto di Chimica Biologica dell'Università di Roma;
— Istituto di Pediatria dell'Università di Roma;
— Istituto di Oculistica dell'Università di Roma;
— Istituto di Parassitologia dell'Università di Messina;
— Istituto di Anatomia e Istologia Patologica dell'Università di Pisa;
— Istituto di Patologia medica dell'Università di Roma e di Napoli;
— Istituto di Chimica delle sostanze naturali dell'Università di Napoli;
— Gruppi di Fisica teorica dell'Università di Firenze e di Roma;
— Istituto di Chimica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma;
— Istituto di Genetica dell'Università di Palermo;
— Centro di Chimica del Farmaco del C.N.R.
— Laboratori provinciali di igiene e profilassi;
— Laboratori chimici provinciali;
— Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
— Istituto Nazionale del Freddo;
— Laboratorio astrofisico dell'osservatorio astronomico del Vaticano;
— Stazioni sperimentali del Ministero Agricoltura e Foreste.

Nell'opera di consulenza tecnica l'Istituto ha assicurato, attraverso i suoi più qualificati funzionari, la sua costante partecipazione a Commissioni, Comitati e Organi collegiali in genere, per lo studio, l'esame e l'adozione di provvedimenti comunque connessi a questioni di carattere sanitario. Questa collaborazione ha impegnato la maggior parte dei tecnici tutto l'anno sottraendoli troppo spesso al quotidiano lavoro sperimentale.

Si citano ad esempio:

Ministero della Sanità:

— Consiglio Superiore di Sanità;

— Commissione consultiva per gli alimenti della prima infanzia e prodotti dietetici;

— Commissione consultiva per l'accertamento dei requisiti tecnici delle specialità medicinali;

— Commissione consultiva per la revisione della tariffa ufficiale dei medicinali;

— Commissione per le denominazioni comuni dei principi attivi contenuti nei farmaci;

— Commissione per lo studio dei problemi lattiero-caseari;

— Commissione permanente per i metodi ufficiali di analisi delle sostanze alimentari e delle bevande;

— Commissione di studio per la revisione della disciplina vigente nel settore dell'igiene, della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande;

— Commissione interministeriale per il regolamento dei presidi sanitari;

— Gruppo di studio per la protezione delle popolazioni dai danni delle radiazioni ionizzanti;

— Commissione per la disciplina igienico-sanitaria dei prodotti alimentari surgelati;

— Gruppo di studio farmaceutico.

Ministero dell'Agricoltura e Foreste:

— Consiglio Superiore Agricoltura e Foreste;

— Comitato di coordinamento per il servizio di repressione frodi;

— Commissione per l'aggiornamento dei metodi ufficiali di analisi dei prodotti agrari;

— Commissione per i metodi ufficiali di analisi dei formaggi;

— Comitato consultivo per l'alimentazione;

— Commissione per l'aggiornamento dei metodi ufficiali dei mangimi.

Ministero dell'Industria e Commercio:

— Gruppo di lavoro per i problemi dell'industria farmaceutica;

— Commissione per lo studio e la revisione della legislazione delle sostanze alimentari;

— Consiglio interministeriale di coordinamento e consultazione.

Ministero degli Interni:

— Commissione antincendi ed esplosivi.

C.N.E.N.

— Commissione tecnica.

C.N.R.

— Comitato per le scienze biologiche;
— Commissioni varie concernenti i problemi relativi agli inquinamenti;
— Commissione per l'umidità;
— Commissioni per la tutela delle opere d'arte.

A ciò va aggiunta la collaborazione con l'Università presso le quali ricercatori dell'Istituto hanno tenuto corsi o lezioni di insegnamento ed hanno partecipato a Commissioni di esame sia per libere docenze che per l'abilitazione all'esercizio professionale.

XIII. - COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

La cooperazione internazionale è stata, in questi ultimi tre anni, particolarmente intensa. Essa riguarda essenzialmente tutti i problemi sanitari di maggiore interesse: dalla tutela dell'alimentazione alle regolamentazioni sui prodotti farmaceutici, dall'epidemiologia alla epizoologia, dalla protezione dalle radiazioni ionizzanti alla fisica nucleare, ecc.

Qui di seguito viene dato un elenco, non certo completo, delle Istituzioni internazionali o estere con le quali l'Istituto Superiore di Sanità ha collaborato e continua a collaborare per la risoluzione comune di problemi sanitari.

Organizzazione delle Nazioni Unite (*O.N.U.*):

— Gruppi di esperti per il Codex Alimentarius;
— Commissione stupefacenti.

Organizzazione Mondiale della Sanità (*O.M.S.*):

— Assemblea Mondiale della Sanità;
— Comitato per la standardizzazione biologica;
— Farmacopea Internazionale e Comitato di esperti per le preparazioni farmaceutiche;
— Gruppi di studio sulle Leptospire;
— Gruppo per lo scambio di informazioni sulla epidemiologia degli arbovirus.

Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura (*F.A.O.*):

— Comitato di esperti sulle zoonosi (OMS/FAO);

— Comitato di esperti per il latte e derivati e Gruppo di lavoro sui metodi di controllo del latte sterilizzato (FAO/OMS);

— Comitato per il Codex Alimentarius (FAO/OMS);

— Gruppo di esperti per gli additivi alimentari (FAO/OMS).

Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economici (*O.C.S.E.*):

— Protezione delle popolazioni dalle radiazioni ionizzanti;

— Scarichi in mare di residui radioattivi.

Agenzia Internazionale dell'Energia Atomica (*AIEA*):

— Irradiazione dei prodotti alimentari (AIEA/FAO);

— Dosimetria dei neutroni per la protezione radiologica e delle irradiazioni in medicina e biologia;

— Normalizzazione dei radionuclidi.

Agenzia Europea per l'Energia Nucleare (*ENEA*):

— Comitato di sanità e sicurezza.

Consiglio d'Europa:

— Commissione Europea di Farmacopea (il Direttore dell'Istituto è Presidente nel periodo 1964-1968);

— Gruppi di esperti della Farmacopea Europea;

— Comitato di esperti sull'inquinamento atmosferico;

— Comitato di esperti per i detersivi biodegradabili.

Comunità Economica Europea (*C.E.E.*):

— Commissione scientifica consultiva;

— Commissione e Gruppi di esperti per le direttive sui vari prodotti per l'alimentazione umana e animale e relativi metodi di analisi;

— Comitati di esperti sui pesticidi e gruppi di lavoro corrispondenti;

— Gruppo di lavoro sulla legislazione degli alimenti e Sottogruppi corrispondenti;

— Gruppo di lavoro sugli ostacoli agli scambi risultanti da disposizioni di ordine tecnico;

— Comitato di esperti sui materiali in contatto con gli alimenti;

— Gruppo « Norme e protocolli » per il ravvicinamento delle disposizioni legislative relative ai prodotti farmaceutici.

Comunità Europea dell'Energia Atomica (EURATOM):

— Studio sulle irradiazioni accidentali nell'ambiente di lavoro.

Centro Europeo di Ricerche Nucleari (C.E.R.N.):

— Progetto per lo studio dell'efficacia biologica relativa alle interazioni nucleari forti.

Ufficio Internazionale delle Epizoozie (O.I.E.):

— Commissione per la salmonellosi;

— Gruppo di esperti della Commissione permanente per la febbre aftosa.

Unione Internazionale di Chimica Pura e Applicata (IUPAC):

— Commissione per le sostanze grasse;

— Commissione per i dati di termodinamica elettrochimica (IUPAC/CITC);

— Commissione per le acque di scarico cittadino e industriale;

— Studio collegiale per la definizione di un metodo di analisi della aflatossina nelle arachidi.

Federazione Internazionale Farmaceutica (F.I.P.):

— Commissione dei Capi dei Laboratori di Controllo dei prodotti farmaceutici.

Esperti dell'Istituto si sono recati per conto dell'ONU e del Ministero degli Affari esteri in paesi in fase di sviluppo (Arabia Saudita, Etiopia, Algeria) per programmi di assistenza tecnica e sanitaria.

Ricercatori dell'Istituto, inoltre, collaborano in ricerche con Università estere quali:

— Washington University (St. Louis);

— Princeton University;

— Harvard University.

XIV. - NUOVE ATTREZZATURE

Le attrezzature in dotazione all'Istituto Superiore di Sanità sono continuamente rinnovate ed aggiornate al progresso tecnologico. Le più importanti, entrate in funzione in questo triennio, sono:

— Spettrometro di massa adatto per lo studio di radioisotopi e di sostanze organiche;

— Irradiatore panoramico di Co^{60} con 10.000 Curie di attività;

— Apparato per risonanza magnetica nucleare 100 Megacicli;

— Apparecchiature automatiche per il controllo e lo studio delle sequenze di amminoacidi e dei gruppi terminali delle proteine;

— Ultracentrifughe analitiche e preparative;

— Apparato per risonanza di spin elettronico.

— Sistema di 15 contatori a scintillazione per rivelazione dei neutroni;

— Sistema elettronico modulare per analisi di impulsi rapidi;

— Calcolatore di processo per il collegamento in linea di apparati di registrazione 1800 IBM;

— Insieme di camere a scintillazione numerata per la misura di particelle ionizzanti;

— Apparecchiatura automatica per la misura di radioattività mediante scintillazione in liquidi.

Ovviamente numerose sono le nuove attrezzature relative a strumentazioni di uso normale e correnti quali gas-cromatografi, spettrofotometri. spettrometri, liofilizzatori, centrifughe analitiche, bilance di precisione, sistemi elettronici modulari, osmometri, calcolatrici, analizzatori automatici per C, H, N, S, ecc. e per proteine, lipidi, steroidi, inquinanti, ecc., per analisi chimico-cliniche, ecc., di cui vengono dotati i Laboratori per le ricerche e i controlli.

Per far fronte a tali esigenze, l'Istituto Superiore di Sanità acquista in Italia e all'estero apparecchiature, attrezzature e impianti fissi per l'ammontare di circa 900 milioni l'anno pari a 2,7 miliardi nel triennio e ai 2/3 delle spese previste per il suo funzionamento. Solo con tale impegno esso può garantire l'efficienza delle sue ricerche condotte con le più moderne attrezzature.

Inoltre le officine meccaniche ed elettroniche hanno costruito in proprio numerose apparecchiature come quella per i controlli automatizzati delle vitamine e degli antibiotici.

AFFARI AMMINISTRATIVI E DEL PERSONALE

L'attività della Direzione Generale degli Affari Amministrativi e del Personale presenta i seguenti quattro aspetti fondamentali: attività diretta, attività di controllo, attività consultiva e, infine, attività di giustizia amministrativa.

La prima comprende tutte le competenze in materia di autoamministrazione e autorganizzazione come quelle che concernono l'amministrazione del proprio personale, l'organizzazione dei propri uffici periferici, la redazione del bilancio nonché la gestione dei mezzi finanziari ivi stanziati, e da ultimo le forniture e i contratti dell'amministrazione.

La seconda abbraccia varie forme di controlli, da quelli direttamente posti in essere dal Ministero (come ad esempio quelli sulle gestioni di alcuni enti sanitari nazionali come la C.R.I. - l'O.N.M.I.) a quelli indiretti sulle istituzioni ospedaliere e sanitarie (che vengono vigilati dagli organi periferici operanti nel settore della Sanità Pubblica: Medici Provinciali, Prefetti e Comitato Provinciale di Assistenza e Beneficenza), i quali ultimi si estrinsecano in una continua azione di stimolo, di guida e di revisione da parte degli uffici centrali nei confronti di quelli periferici.

L'attività di carattere consultivo si muove sostanzialmente in due direzioni. La prima si concreta nella soluzione di vari quesiti che pervengono dagli uffici periferici, la seconda riguarda la collaborazione dei singoli uffici della Direzione Generale alla redazione di provvedimenti legislativi ad iniziativa sia governativa che parlamentare, collaborazione che può estendersi dal semplice parere alla redazione del progetto di base.

Accanto all'attività di controllo e a quella consultiva v'è poi da menzionare l'attività ispettiva che partecipa sia dei caratteri dell'azione di vigilanza, in quanto precipuamente intesa alla rilevazione in loco di deficienze dell'attività amministrativa, sia dei caratteri di una attività consultiva in quanto che all'azione repressiva si accompagna sempre in pari tempo una azione di ricostruzione, di riattivazione e di stimolo dei settori esaminati. In questa prospettiva meno ristretta delle attività ispettive e allo scopo di secondare i più moderni indirizzi nel settore dei controlli ispettivi nel contesto degli strumenti operativi della Direzione Generale Affari Amministrativi e del Personale è stato costituito un ufficio ispezioni organizzazione e metodo che risponde appunto ai concetti cui sopra si è fatto cenno.

Infine è da ricordare l'attività di giustizia amministrativa che si svolge attraverso una attività diretta (decisione di ricorsi gerarchici contro provvedi-

menti di organi periferici del Ministero e decisioni di ricorsi straordinari al Capo dello Stato) ed una attività indiretta (relazioni all'Avvocatura dello Stato per la difesa dell'amministrazione nei ricorsi avanti al Consiglio di Stato o ad altre magistrature amministrative o ordinarie).

Passando ora dalla premessa generale sopra svolta all'analisi delle singole attività amministrative, ripartiremo la materia nei seguenti paragrafi:

I. - Auto-amministrazione:

1) amministrazione del personale;
2) bilancio e gestione economico-finanziaria;
3) forniture e contratti;
4) assistenza.

II. - Attività di vigilanza diretta:

1) controlli sul Pio Istituto S. Spirito e sugli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;
2) controlli sugli enti sanitari nazionali;
3) controlli sui regolamenti degli ospedali psichiatrici;
4) nomine di straordinarie amministrazioni;
5) vigilanza sulle professioni sanitarie ed arti ausiliarie.

III. - Controlli indiretti:

1) sugli enti ospedalieri ed enti sanitari a carattere provinciale;
2) sulle attività sanitarie facenti capo agli enti autarchici territoriali.

IV. - Attività ispettiva.

V. - Attività consultiva.

VI. - Attività di giustizia amministrativa.

In particolare si riferisce quanto segue:

I. - AUTO - AMMINISTRAZIONE

1. - Amministrazione del personale.

La situazione dei ruoli, specie nel settore dei medici è particolarmente allarmante. Le relative dotazioni organiche sono scoperte al 30% e la situazione andrà sensibilmente ad aggravarsi per il fenomeno del disinteresse delle

giovani generazioni di medici per le carriere tecniche statali che offrono retribuzioni assurde di macroscopico disfavore nel quadro complessivo della valutazione del lavoro medico esistente in altri settori della sanità pubblica. Per gli stessi motivi si assiste al fenomeno dell'esodo dei funzionari già in carriera che in numero sempre maggiore evadono verso incarichi più redditizi.

Questa constatazione di carattere generale si è dovuta fare per porre bene in luce il concetto che qualsiasi attività degli uffici nel quadro dell'amministrazione del personale non potrà evitare la completa paralisi dei servizi sanitari di Stato cui si può pensare di ovviare solo con provvedimenti di assoluta emergenza.

Comunque, nell'ambito delle realizzazioni più importanti vanno registrati i seguenti adempimenti:

1) Corsi. - Nel periodo 1965-67 sono stati organizzati, in attuazione delle norme sullo stato giuridico, numerosi corsi di formazione, di aggiornamento e di specializzazione del personale delle varie carriere (vice ragionieri, segretari tecnici, guardie di sanità e vigili sanitari provinciali). I funzionari della carriera direttiva amministrativa di nuova nomina sono stati avviati a frequentare il corso di formazione trimestrale, obbligatorio, presso la Scuola Superiore della pubblica amministrazione.

2) Attuazione delle disposizioni derivanti dalla legge 6 dicembre 1965, n. 1367 (modifiche alla legge 26 febbraio 1963, n. 441 sulla disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande): soppressione del ruolo degli ispettori sanitari e riordinamento dei ruoli ordinari dei medici, dei veterinari, dei chimici, degli amministrativi e dei ragionieri.

3) Studio analitico sulle dotazioni organiche del personale in ordine alle esigenze degli uffici centrali e periferici ed elaborazione delle proposte conseguenti, sotto il profilo sia attuale che previsionale.

4) Studio per la elaborazione di uno schema di disegno di legge, inteso ad ampliare gli organici e a dare incentivo per l'accesso e la permanenza dei funzionari delle carriere di natura tecnica. Non a caso, come si rileva dall'allegato quadro (*All.* 1), la media delle dimissioni dall'impiego è stata — negli anni 1965 e 1966 — pari al 50% delle unità che hanno lasciato il servizio per raggiunti limiti di età.

5) Provvedimenti relativi al conferimento dell'incarico di medico coadiutore del Medico provinciale per i servizi di medicina scolastica ai sensi dell'art. 16 del D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 264 (poi devoluti — per totale competenza — alla Direzione Generale dei Servizi per l'Igiene Pubblica).

6) Rilascio alle guardie di sanità in servizio presso gli uffici periferici, di una tessera attestante la loro qualità di ufficiali di polizia giudiziaria, in

attuazione delle disposizioni derivanti dalla legge 26 febbraio 1963, n. 441, concernente la disciplina igienica sulla produzione e sulla vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.

7) Predisposizione dei provvedimenti di trasferimento, presso questa Amministrazione - uffici periferici di Trieste e di Gorizia, del personale ex G.M.A.

8) Inquadramento in ruolo organico del personale dell'Ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli e dei dipendenti ex AFIS, ai sensi della legge 4 febbraio 1966, n. 32.

Sono stati regolarmente espletati (*All.* 2) i vari concorsi ed esami di promozione per tutte le carriere, nonché una sessione di esame di abilitazione a medico di bordo.

Infine si è proceduto alle assunzioni, per chiamata diretta, di personale appartenente alle categorie degli invalidi di guerra, orfani di guerra, invalidi civili, profughi ed altre, ed è attualmente in esame la situazione degli invalidi civili e dei ciechi centralinisti, di cui sono previste assunzioni, senza concorso, da recenti disposizioni di legge.

2. - Bilancio e gestione economico-finanziaria.

Le spese per il triennio 1965-1967 per i vari servizi possono essere riassunte come da prospetto allegato (*All.* 3).

Dall'esame dei dati ivi riferiti si rileva che l'incremento delle spese dal 1965 al 1967 è stato del 29,80%.

Le spese per i servizi generali hanno subìto un incremento del 23,50% in dipendenza dell'assunzione di personale mediante concorsi, della sistemazione degli uffici periferici (circa 200) che vanno espletando una attività sempre più organizzata e proficua, dell'aumento dei contributi all'O.N.M.I. da L. 19.500.000.000 a L. 23.500.000.000; ed alla C.R.I. da L. 2.360.000.000 a L. 3.510.000.000.

Le spese relative all'Igiene pubblica ed Ospedali presentano un aumento del 50,96%, rappresentato in gran parte dall'incremento dell'onere relativo all'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta.

Per quanto concerne le Malattie Sociali l'incremento di spesa del 41,40% è in dipendenza, principalmente:

1) dall'aumentato intervento nella lotta contro la t.b.c. e le malattie sociali;

2) dagli oneri relativi all'assistenza specifica diretta al recupero dei motulesi e neurolesi in stato di bisogno (L. 6-8-1966, n. 625);

3) dagli oneri concernenti le Commissioni sanitarie istituite per le provvidenze a favore dei mutilati ed invalidi civili e per i relativi esami e ricerche clinico-diagnostiche (L. 6-8-1966, n. 625);

4) dagli oneri derivanti dall'applicazione della legge 11-1-1967, n. 1, relativa agli assegni da corrispondere durante il ricovero agli affetti da t.b.c. non assistiti dall'I.N.P.S.

Gli stanziamenti per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione presentano un incremento del 29,72%, dovuto in gran parte a contributi erogati al fine di un potenziamento dei laboratori di igiene e profilassi.

E' doveroso inoltre segnalare l'opera di vigilanza svolta sulle contabilità erariali, speciali e patrimoniali istituite presso gli uffici periferici, sia tramite le situazioni, i bilanci e gli altri documenti previsti dalla legge di contabilità, sia attraverso le ispezioni ed altri interventi come regolamentazioni, istruzioni, ecc.

Non va sottotaciuta infine l'opera per la graduale sistemazione degli uffici periferici per fornirli di mobili, arredi, macchine da scrivere, ecc. al fine di attrezzarli convenientemente e dignitosamente, opera svolta fra numerose difficoltà d'ordine finanziario e pratico.

E' anche da ricordare l'attività svolta dalla Direzione Generale — a seguito della soppressione dell'Ufficio relazioni internazionali e attività culturali — per l'istruttoria di innumerevoli richieste di contributo avanzate da Enti vari per la propaganda sanitaria e l'educazione igienica e per l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi, mostre ed altre manifestazioni.

3. - Forniture e contratti.

L'attività del Ministero in questo settore è notevolmente accresciuta in conseguenza del costante incremento dei servizi del Ministero.

I contratti in esame sono stati conclusi in prevalenza per l'acquisto di insetticidi occorrenti alla lotta antimalarica, per l'acquisto di sieri e vaccini occorrenti alla profilassi delle malattie infettive e, in particolar modo, della poliomielite; nonché per l'acquisto di antibiotici per la cura delle malattie veneree e di materiale per gli esami sierologici di massa. Inoltre sono stati conclusi numerosi contratti per dare esecuzione al programma di propaganda sanitaria ed educazione igienica promosso dall'On.le Ministro.

Per quanto attiene al servizio gestione autovetture, in dotazione agli Uffici Sanitari Provinciali, occorrenti alle ispezioni dirette a prevenire focolai di malattie infettive, si può dire che quasi tutte le convenzioni stipulate con le Amministrazioni Provinciali sono state rinnovate.

4. - Assistenza.

Il Ministero oltre a potenziare varie forme di assistenza al proprio personale, sussidi, befana ai figli dei dipendenti, cura direttamente l'assistenza fangoterapica gratuita agli indigenti affetti da reumartrite ricoverandoli nello Stabilimento « Carlo Alberto » di Acqui Terme (Alessandria).

La stagione termale inizia in primavera e termina in autunno: normalmente si svolgono 14 turni di cura, di 14 giorni ciascuno.

La capienza dello Stabilimento è di 230 posti letto per ogni turno.

Nel periodo che va dal 1965 al 1967, la Divisione VII ha curato il potenziamento di tutti i servizi dello Stabilimento anzidetto onde realizzare non solo il miglior sfruttamento dei locali, per aumentare il numero dei posti letto, ma anche un efficiente impianto di riscaldamento, al fine di assicurare ai ricoverati una adatta temperatura nei periodi iniziali e finali della stagione termale come anche di utilizzare lo Stabilimento durante la stagione invernale.

Il movimento dei malati durante gli ultimi tre anni è espresso dalle seguenti cifre:

Anno	Domande pervenute	Pazienti ammessi alle cure	Presenze annuali	Spese
1965	3.468	2.630	39.315	L. 141.002.995
1966	3.493	3.021	45.291	» 168.798.505
1967	3.549	3.263	48.543	» 192.531.160

II. - ATTIVITA' DI VIGILANZA DIRETTA

1. - Controlli sul Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma e sugli Istituti Fisioterapici Ospitalieri.

Il Ministero della Sanità è stato chiamato ad occuparsi direttamente della vigilanza sul Pio Istituto di S. Spirito ed OO.RR. di Roma soltanto dal 1° aprile 1965, data di entrata in vigore della legge 25 febbraio 1965, n. 125 recante norme sugli organi di amministrazione, di vigilanza e di tutela del prefato Pio Istituto.

Ai sensi della legge suddetta, infatti, la vigilanza sul Pio Istituto è stata trasferita dal Ministero dell'Interno a quello della Sanità e la Commissione di Tutela, modificata nella sua composizione, ha ora la sua sede presso questo Ministero.

Nel periodo 1° aprile 1965 - 31 ottobre 1967 la prefata Commissione ha tenuto 89 adunanze per la trattazione degli affari del Pio Istituto e altrettante per gli affari degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, demandati alla sua competenza dal R.D. 4-8-1932, n. 1296.

Nelle anzidette sedute sono state esaminate 761 deliberazioni del Pio Istituto, delle quali 686 approvate, 73 rinviate e 2 respinte.

Per gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri sono state esaminate 256 deliberazioni, di cui 213 approvate e 43 rinviate.

L'ufficio di vigilanza ha esaminato, in via preliminare, complessivamente 9.679 deliberazioni non soggette all'approvazione tutoria: di tali deliberazioni moltissime sono state richiamate per il visto di legittimità ai sensi dell'art. 8 della surrichiamata legge.

Attraverso il controllo di tutti gli atti è stato possibile seguire ed assecondare tutta l'attività sanitaria svolta dal Pio Istituto.

In particolare, si deve richiamare l'attenzione sulla approvazione dei nuovi regolamenti del personale di assistenza, delle guardie giurate e del personale operaio; delle modifiche ai regolamenti e alle piante organiche del personale sanitario e del personale amministrativo.

2. - Controlli sugli Enti sanitari nazionali.

Gli Enti sanitari nazionali più importanti sottoposti alla vigilanza del Ministero della Sanità sono i seguenti: l'O.N.M.I., la C.R.I., l'Istituto di Malariologia « E. Marchiafava », la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori e, in concorrenza con il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, l'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

a) O.N.M.I. - Con la legge 1° dicembre 1966, n. 1081 sono state apportate le necessarie modifiche al Regio Decreto Legge 5 settembre 1938, n. 2008, concernente l'ordinamento dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza della Maternità e dell'Infanzia (O.N.M.I.).

Detta legge, prevedendo, con criterio democratico, la composizione dei singoli organi, centrali e periferici, dell'Opera, ha posto fine alla ben nota e grave situazione del regime commissariale.

Superate le iniziali difficoltà di ordine interpretativo e organizzativo, (sono state predisposte al riguardo le circolari nn. 6 e 43) nominati il Presidente, il Consiglio Centrale e la Giunta Esecutiva, l'O.N.M.I. ha potuto provvedere a tutt'oggi alla costituzione di numerosi nuovi Comitati Provinciali.

Con il D.M. del 6 febbraio e del 23 marzo 1967 sono stati approvati, rispettivamente, il regolamento organico del personale operaio e quello del personale impiegatizio.

b) La Croce Rossa Italiana si è inserita con una propria programmazione, nel quadro delle iniziative riguardanti l'assistenza sanitaria e pertanto si è reso necessario adeguare le sue strutture organiche.

Con decreto interministeriale n. 300.15/AG. 1.5.965 del 1° dicembre 1965 è stato approvato il Regolamento Organico del personale della C.R.I.

La pratica attuazione delle singole norme regolamentari però non ha avuto ancora luogo in toto, data la complessità delle procedure per gli atti concorsuali, previsti dalle norme transitorie.

c) Con D.P.R. 3 maggio 1967 l'Istituto di Malariologia « E. Marchiafava » è stato soppresso e messo in liquidazione con le modalità di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404.

Detto provvedimento si è reso necessario considerato che l'attuale stadio della lotta contro la malaria ed i progressi scientifici conseguiti in tale settore non rendono più necessaria l'esistenza dell'Istituto in questione in relazione all'avvenuto mutamento delle condizioni generali che a suo tempo ne giustificarono la costituzione.

D'altra parte una attività analoga può essere utilmente svolta dagli istituti universitari della Facoltà di Medicina e da altri istituti similari di ricerca scientifica.

d) La soppressione è stata più volte consigliata da questo Ministero alla Presidenza del Consiglio, ai Ministeri del Tesoro e del Lavoro anche per l'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

Ciò in quanto il predetto istituto non esplica funzioni di rilievo nel campo sanitario, ma esaurisce i suoi compiti in erogazione di pubblico denaro per concessione di borse di studio, per manifestazioni, per pubblicazione della rivista « Difesa Sociale » e per attività analoghe.

Non si hanno, al momento, precise notizie sul corso della pratica.

e) Con D.M. 6 ottobre 1967 i poteri del Commissario Governativo e del Sub Commissario della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori sono stati prorogati fino al 30 dicembre u.s., soprattutto per l'adozione dei provvedimenti necessari alla attuazione dell'elezione degli Organi ordinari dell'Ente.

Risulta che detta elezione è in corso di svolgimento. E' anche in corso di approvazione il regolamento organico del personale ed il relativo statuto.

La Lega negli ultimi tempi ha notevolmente migliorata la propria organizzazione, sviluppando l'assistenza sanitaria a domicilio dei malati di tumore poveri, dimessi dagli ospedali e dai Centri tumori.

Continua l'assegnazione di contributi ai malati poveri affetti da tumori e alle loro famiglie, mentre è in fase di sviluppo l'organizzazione di ambulatori per la diagnosi precoce dei tumori.

Due corsi di studio, indetti dal Ministero della Sanità, sono stati finanziati dalla Lega; diversi altri corsi si prevede che avranno luogo prossimamente.

3. - Controlli sui regolamenti degli ospedali psichiatrici.

I regolamenti adottati dalle amministrazioni degli ospedali psichiatrici, sono stati istruiti dalla Direzione Generale AA.AA. e Personale per l'ulteriore corso di essi presso le divisioni tecniche e presso il Consiglio Superiore di Sanità.

E' stata emanata da questo Ministero una circolare interpretativa della legge 14-2-1904, n. 36 e regolamento 16-8-1909, n. 615 recante norme sui manicomi e sugli alienati, raccomandando ai Medici provinciali, tra l'altro, di vigilare affinché gli istituti manicomiali siano provvisti dei regolamenti organici e dei regolamenti speciali, questi ultimi da approvarsi — come sopra si è detto — dal Consiglio Superiore di Sanità. E' stata definita con la stessa circolare la natura degli istituti medico-psico-pedagogici, i quali non devono ritenersi soggetti alla normativa di cui alla legge 1904 e al regolamento 1909 citati, bensì alle disposizioni contenute nell'art. 193 del T.U. delle leggi sanitarie.

4. - Nomine di amministrazioni straordinarie.

E' stato istituito uno schedario per controllare l'andamento delle gestioni straordinarie presso gli enti ospedalieri.

Com'è noto la nomina dei commissari è riservata tuttora ai prefetti, ma essi in tale settore agiscono come organi del Ministero della Sanità. Pertanto questo Ministero svolge una assidua opera di vigilanza affinché le gestioni straordinarie siano limitate ai casi strettamente imposti da situazioni obiettive e limitate nel tempo ai periodi massimi prescritti dalle norme in vigore.

Inoltre il Ministero è intervenuto con propri funzionari per le straordinarie gestioni di ospedali in particolare stato di dissesto (Ospedali di Cagliari, Napoli, Catania, Bari, Nocera Inferiore, Aversa).

5. - Vigilanza sulle professioni sanitarie ed arti ausiliarie.

Tale vigilanza ha condotto in alcuni casi questa Amministrazione all'adozione di provvedimenti di scioglimento degli Organi Esecutivi degli Ordini Professionali ed alla conseguente gestione commissariale degli Ordini stessi.

Nel quadro della vigilanza sul corretto esercizio delle attività sanitarie sono stati svolti numerosi interventi con la collaborazione degli Uffici periferici.

Al fine di sanare la situazione di abusivismo nel campo odontotecnico, si è promossa, d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione, l'istituzione di speciali corsi serali abbreviati, riservati a coloro i quali esercitano di fatto l'arte ausiliaria di odontotecnico. Corsi di tale genere vengono ora svolti in numerose provincie presso gli Istituti Professionali di Stato per l'Industria e l'Artigianato.

Una analoga iniziativa riguardante l'arte ausiliaria di meccanico ortopedico ed ernista è tuttora in fase di svolgimento.

E' infine da ricordare l'opera diretta all'istituzione di scuole per infermiere professionali, assistenti sanitarie visitatrici, vigilatrici d'infanzia, puericultrici nonché per le altre arti sanitarie ausiliarie.

In particolare, sono state istituite nell'ultimo triennio le seguenti scuole:

43 Scuole per infermieri ed infermiere generici.

14 Scuole-convitto professionali per infermiere ed AA.SS.VV.

2 Scuole per vigilatrici d'infanzia.

1 Scuola per infermiere annessa alla Scuola di Ostetricia.

8 Scuole per Odontotecnici (più numerosi corsi speciali di cui sopra).

5 Scuole per puericultrici.

Sono stati inoltre autorizzati numerosi corsi ospedalieri, di cui all'art. 88 della legge 30-9-1938, n. 1631, ed ancora corsi di specializzazione nelle diverse branche dell'assistenza infermieristica e medico-sociale, riservati alle infermiere professionali ed alle Assistenti Sanitarie Visitatrici.

III. - CONTROLLI INDIRETTI

1. - Vigilanza amministrativa sugli enti ospedalieri e sugli enti sanitari provinciali.

Durante l'ultimo triennio 1965-1967 sono stati affrontati vari problemi determinanti ai fini di un decisivo miglioramento della assistenza ospedaliera.

Anzitutto sono state messe a punto le linee principali della programmazione ospedaliera inserite nel piano generale di programmazione economica.

Sul piano pratico una speciale Commissione Interministeriale per il piano nazionale delle costruzioni ospedaliere è stata istituita presso il Ministero dei Lavori Pubblici. Di essa fanno parte il Direttore Generale degli Ospedali e due Ispettori Generali (uno medico e l'altro amministrativo) di questo Ministero.

Un'altra importante Commissione composta da rappresentanti ministeriali e delle categorie sanitarie sia nella loro espressione sindacale sia nelle loro varie caratterizzazioni professionali di specialità ha provveduto a studiare i problemi di una nuova legislazione ospedaliera che rifletta, non solo le esigenze della assistenza nosocomiale modernamente intesa, ma anche le evoluzioni in atto nel contesto nazionale in relazione soprattutto alla istituzione delle regioni cui, com'è noto, sono affidate notevoli competenze in questo particolare settore.

Merita inoltre un cenno l'azione svolta per normalizzare il sistema retributivo dei sanitari ospedalieri attraverso la disciplina della ripartizione dei cosiddetti « compensi fissi » tra le varie categorie dei sanitari ospedalieri.

Premesse tali notizie generali devesi altresì rammentare l'attività svolta per quanto riguarda il problema dei costi dell'assistenza ospedaliera e quindi delle rette, e i problemi tecnici degli stabilimenti e delle attrezzature ospedaliere fino all'istituzione della Direzione degli Ospedali che ha assorbito tali funzioni.

La Direzione inoltre vigila sulla esatta applicazione della legge 28-4-67, n. 252 sulla sistemazione in ruolo dei sanitari ospedalieri non di ruolo mediante concorsi riservati.

Detta legge, entrata in vigore il 12 maggio 1967, ha lo scopo di dare una sistemazione definitiva a tutto il personale medico non di ruolo che presti regolare servizio continuativo negli Ospedali. La nomina in ruolo deve avvenire in seguito ad un concorso riservato al quale possono partecipare i sovrintendenti sanitari, i direttori sanitari, i primari, i direttori di farmacie, i vice direttori sanitari, gli ispettori sanitari, che siano in servizio nei posti corrispondenti al momento di entrata in vigore della legge, da almeno 3 anni, ovvero da un anno, se forniti di idoneità per il posto che occupano, conseguita in Ospedale di pari o superiore categoria; nonché gli Aiuti, gli assistenti, i farmacisti e le ostetriche che all'entrata in vigore della legge prestino servizio da almeno 2 anni, ovvero da un anno, se forniti di idoneità come sopra.

Sono state diramate delle circolari per l'interpretazione e la pratica attuazione della citata legge 20-4-1967, n. 252 (circolare n. 113 del 12-7-1967 e circolare n. 171 del 26-10-1967) ed è stata fornita risposta ad un gran numero di quesiti proposti dagli Uffici periferici e dagli Enti Ospedalieri.

Per quanto concerne gli altri enti sanitari a carattere provinciale (Consorzi Provinciali Antitubercolari) viene svolto un normale controllo sugli atti di gestione.

E' stata proposta la liquidazione dell'Istituto per la lotta antimalarica nelle Tre Venezie essendo venute meno (come per l'Istituto Marchiafava già menzionato) le ragioni che a suo tempo ne consigliarono l'istituzione.

2. - Controlli sulle attività sanitarie facenti capo agli enti autarchici territoriali.

La Direzione Generale ha svolto una intensa attività diretta al fine di promuovere l'istituzione in forma autonoma o consorziale, di posti di ufficiale sanitario nei Comuni che ne sono sprovvisti; e a contenere la tendenza delle Amministrazioni Comunali a sopprimere tali posti.

Purtroppo, com'è noto, i risultati ottenuti non possono considerarsi soddisfacenti, sia per le difficoltà finanziarie sempre opposte dalle Amministrazioni locali e sia a causa della scarsa sensibilità delle Amministrazioni stesse per i problemi riguardanti l'igiene e la medicina preventiva.

L'attività degli Ufficiali sanitari, quali organi periferici del Ministero della Sanità, ha richiesto numerosi interventi sia per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento dei relativi servizi di vigilanza igienica e di profilassi, sia per la attribuzione delle competenze in materia sanitaria del Sindaco e dell'Ufficiale sanitario.

E' stata svolta una particolare attività allo scopo di consentire il regolare funzionamento dei Laboratori Provinciali di igiene e profilassi, i cui compiti sono notevolmente accresciuti a seguito delle leggi 30-4-1962, n. 283 e 26-2-1963 n. 441, riguardanti la disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande.

Sono stati esaminati numerosi regolamenti per il servizio delle condotte mediche, veterinarie e ostetriche nonché regolamenti di igiene, polizia rurale, polizia mortuaria, fognature, acquedotto, per il servizio di raccolta e trasporto dei rifiuti solidi urbani, per le attività di barbieri, parrucchieri ed affini, trasmessi dalle Prefetture.

Tale lavoro ha comportato e comporta una notevolissima attività, che si estrinseca in osservazioni e suggerimenti di modifiche da apportare ai regolamenti stessi, per il loro contenuto talvolta lacunoso o addirittura contrastante con le disposizioni di legge.

Infine sono stati esplicati numerosi interventi presso le Amministrazioni locali, al fine di assicurare l'applicazione delle disposizioni vigenti relativamente allo stato giuridico e al trattamento economico dei vigili sanitari con particolare riguardo alla compartecipazione ai proventi per le prestazioni di interesse privato.

Anche nell'ultimo triennio, come già in passato, la Direzione Generale ha svolto una intensa azione per contenere la preoccupante tendenza delle amministrazioni comunali alle soppressioni o riduzioni delle condotte sanitarie, motivate dalla progressiva diminuzione del numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria, dalle condizioni deficitarie dei bilanci e dalla esuberanza di sanitari liberi esercenti in sede locale e possibilità conseguente di

assicurare l'assistenza sanitaria, con minore spesa, mediante conversioni con i predetti sanitari.

Gli uffici ministeriali, preoccupati dall'atteggiamento delle Amministrazioni comunali e convinti che l'istituto della condotta medica costituisce — almeno fino a quando non sarà realizzata la riforma sanitaria di base — un valido strumento dell'organizzazione sanitaria del paese per la continuità e la rapidità dell'assistenza che attraverso di esso viene prestata sia agli abbienti sia ai non abbienti, sono intervenuti con circolari ed istruzioni diramate ai Prefetti e ai Medici Provinciali per impedire inconsiderate iniziative di soppressioni o di riduzioni delle condotte mediche ed ostetriche.

I predetti interventi hanno dato, in questi ultimi tempi, dei risultati positivi, talché si è potuta notare una maggiore prudenza, da parte delle Amministrazioni locali, nell'adottare provvedimenti intesi a ridurre o sopprimere le condotte sanitarie.

IV. - ATTIVITA' ISPETTIVA

L'attività ispettiva amministrativa è stata alquanto ridotta per la difficoltà di destinare stabilmente al detto servizio gli ispettori generali, che attualmente per motivi connessi alla carenza degli organici ministeriali, sono impegnati presso gli uffici operativi.

Come già è stato accennato in premessa, allo scopo di dare nuovo impulso al servizio in parola, con ordinanza ministeriale in data 15 aprile 1967 è stata disposta, nel quadro del riassetto dei Servizi della Direzione Generale Affari Amministrativi e del Personale, l'istituzione dell'Ufficio Ispezioni, Organizzazione e Metodo.

Su un piano strettamente organico detto Ufficio è succeduto al preesistente Ufficio ispezioni, assumendone le competenze ed integrandole, per quanto attiene ai problemi dell'organizzazione e dei metodi di lavoro.

Per quanto riguarda tale ultimo settore si intende raccogliere e valorizzare l'esperienza già in corso presso altri settori dell'apparato statale i quali hanno già integrato le tradizionali strutture ispettive con alcuni strumenti indispensabili per una evoluzione in senso moderno della metodica funzionale e per uno snellimento effettivo delle funzioni amministrative. Strumenti che sono in primo luogo rappresentati dagli uffici di organizzazione e metodo.

Per i problemi di coordinamento dei servizi ispettivi amministrativi con i servizi ispettivi a carattere tecnico (medico, veterinario e farmacologico) si è costituito altresì un comitato interdirezionale di coordinamento.

V. - ATTIVITA' CONSULTIVA

L'attività consultiva si è svolta parallelamente alla attività amministrativa presso i singoli uffici in cui è articolata la Direzione Generale Affari Amministrativi e Personale.

Essa si concreta:

a) Nella richiesta di pareri al Consiglio di Stato in ordine alla esatta interpretazione di disposizioni legislative o regolamentari.

Si elencano, qui di seguito, alcune di dette richieste di parere:

1) se sia legittimo che il funzionario comandato presso un'altra Amministrazione, ai sensi dell'art. 56 del T.U. delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, approvato con D.P.R. 10-1-1957, n. 3, possa svolgere le funzioni che particolari norme attribuiscono espressamente agli impiegati dell'Amministrazione presso cui il comando è disposto;

2) se sia legittima la nomina dei consiglieri del Ministero dell'Interno, con funzioni di direttore di sezione, a componenti delle commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di personale sanitario dipendente dai Comuni;

3) se i mandati relativi ai compensi corrisposti dalle varie Amministrazioni agli ufficiali sanitari per le visite medico fiscali debbano essere intestati al Comune o direttamente al sanitario che ha effettuato la visita;

4) natura e valore dei diplomi rilasciati al termine dei corsi di dietologia organizzati dal Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma.

b) Nella soluzione di quanto proposto da uffici periferici o da enti sanitari.

c) Nei pareri, su proposte di legge, in materia sanitaria o nella loro preliminare stesura.

Tra i lavori di maggior rilievo si richiama la collaborazione alla predisposizione dei seguenti disegni di legge:

— Decreto presidenziale di approvazione della tariffa minima per le prestazioni medico chirurgiche (D.P.R. 28-12-1965, n. 1763);

— Legge 20-6-1967, n. 487, istitutiva della Direzione Generale degli Ospedali. A seguito di detta legge è stata studiata e realizzata la struttura organizzativa della nuova Direzione Generale. E' stato anche attuato un diverso ordinamento degli uffici costituenti la Direzione Generale AA.AA. e Personale, la Direzione Generale dell'Igiene Pubblica e la Direzione Generale dei Servizi Veterinari;

— Legge 9-10-1967, n. 972, relativa al nuovo stato giuridico e trattamento economico del personale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma, in analogia a quello vigente presso il Pio Istituto S. Spirito ed Ospedali;

— Decreto legge per la costituzione ed il funzionamento di un fondo nazionale di conguaglio per assicurare la copertura finanziaria della quota parte di oneri derivanti dalle nuove retribuzioni dei medici ospedalieri, non inclusi nelle rette ospedaliere;

— D.P.R. 9-8-1966, n. 869, concernenti norme di attuazione dello Statuto speciale delle Regioni Friuli Venezia Giulia in materia di igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, recupero dei minorati fisici e mentali.

Inoltre, la Direzione Generale ha espresso il proprio parere su numerosi disegni di legge regionali e su quesiti concernenti la delimitazione di competenze tra Stato e Regione in materia sanitaria;

— Partecipazione ai lavori della riforma ospedaliera (Commissione Dogliotti, ecc.);

— Disegno di legge sulla assistenza e riabilitazione degli irregolari psichici in età evolutiva e l'igiene mentale infantile;

— Schema di disegno di legge per la determinazione delle quote di compensi speciali spettanti agli ufficiali sanitari per prestazioni di interesse privato;

— Schema di regolamento di esecuzione della legge 15-8-1965, n. 1103, concernente la disciplina dell'attività di tecnico di radiologia medica;

— Studi per la modifica dell'ordinamento delle scuole per puericultrici;

— Studi per la modifica dell'ordinamento delle scuole professionali per infermiere presso cliniche ostetriche o scuole autonome di ostetricia.

d) Nella redazione di progetti di risposta proposti dai singoli uffici, a seconda della loro competenza, sulle numerose interrogazioni parlamentari dirette al Ministro della Sanità.

VI. - ATTIVITA' DI GIUSTIZIA AMMINISTRATIVA

L'attività di giustizia amministrativa anziché essere affidata ai vari uffici, ratione materiae, è invece, per il suo grado di specializzazione e di tecnicismo giuridico, accentrata in un unico ufficio denominato ufficio del contenzioso. Esso durante l'ultimo triennio ha trattato n. 406 decisioni su ricorsi gerarchici, n. 422 relazioni al Consiglio di Stato su ricorsi al Capo dello Stato, e n. 91 relazioni alla Avvocatura dello Stato per la difesa dell'Amministrazione nei giudizi su ricorsi giurisdizionali al Consiglio di Stato e dinanzi ad altre magistrature.

SITUAZIONE NUMERICA DEL PERSONALE CHE HA LASCIATO IL SERVIZIO NEL TRIENNIO 1965 - 1967

	1965				1966				1967				Totale generale
	rip.	dim.	decad.	totale	rip.	dim.	decad.	totale	rip.	dim.	decad.	totale	
Medici	11	6	1	18	10	5	2	17	16 (1)	3	—	19	54
Veterinari	1	—	—	1	1	—	—	1	2	—	—	2	4
Ingegneri	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Amministrativi	1	1	—	2	2	1	—	3	1	3	—	4	9
Ragionieri	—	1	—	1	2	4	—	6	—	1	—	1	8
Segretari tecnici	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1
Assistenti sanitarie	2	3	1	6	4	2	—	6	4	1	—	5	17
Personale di archivio	4	3	—	7	2	1	—	3	3	3	—	6	16
Dattilografi	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Guardie di sanità	1	—	—	1	2	1	1	4	—	2	—	2	7
Personale di anticamera	2	—	—	2	2	—	—	2	3	—	—	3	7
Operai	1	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	2	4
TOTALI	23	16	3	42	25	14	3	42	32	15	—	47	131

(1) Di cui n. 3 dispensati per motivi di salute.

ALLEGATO 2.

ELENCO DEI CONCORSI ESPLETATI E IN CORSO DI ESPLETAMENTO NEL TRIENNIO 1965 - 1967

Anno 1965

Carriera direttiva.

1) Concorso per esami a 60 posti di medico provinciale di 2ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 38. Candidati vincitori: 14.

2) Concorso per esami a 8 posti di medico provinciale di 2ª classe riservato agli assistenti universitari ordinari ad integrazione del concorso per esami a 60 posti di medico provinciale di 2ª classe in prova: deserto.

3) Concorso per esami a 10 posti di ingegnere di sanità di 2ª classe:
Candidati presentatisi: 10. Candidati vincitori: 7.

4) Concorso per esami a 76 posti di consigliere di 3ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 394. Candidati vincitori: 40.

5) Concorso per merito distinto per il conferimento di 12 posti di direttore di sezione: deserto.

6) Esame di idoneità per il conferimento di 35 posti di direttore di sezione: deserto.

7) Concorso speciale per esami per il conferimento di 1 posto di medico provinciale capo:
Candidati presentatisi: 3. Candidati vincitori: 1.

Carriera di concetto.

8) Concorso per esami a 55 posti di segretario tecnico di 3ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 200. Candidati vincitori: 55.

9) Concorso per merito distinto a 10 posti di 1° segretario tecnico:
Candidati presentatisi: 21. Candidati vincitori: 12.

10) Esame di idoneità a 30 posti di segretario tecnico:
Candidati presentatisi: 12. Candidati vincitori: 12.

11) Concorso per esami a 35 posti di assistente sanitaria di 3ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 10. Candidati vincitori: 10.

12) Concorso per esami a 7 posti di vice ragioniere in prova:
Candidati presentatisi: 147. Candidati vincitori: 8.

13) Concorso per merito distinto per il conferimento di 8 posti di 1° ragioniere:
Candidati presentatisi: 3. Candidati vincitori: 3.

14) Concorso per esame di idoneità per il conferimento di 22 posti di 1° ragioniere: deserto.

Carriera esecutiva.

15) Esame di idoneità per il conferimento di 1 posto di 1° archivista:
Candidati presentatisi: 1. Candidati vincitori: 1.

Carriera ausiliaria.

16) Concorso per titoli, integrato da una prova pratica di scrittura sotto dettato e da una prova di idoneità tecnica a 60 posti di guardia di sanità in prova nel ruolo della carriera del personale ausiliario:
Candidati presentatisi: 450. Candidati vincitori: 69.

Anno 1966

Carriera direttiva.

1) Concorso per esami a 31 posti di veterinario provinciale di 3ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 37. Candidati vincitori: 14.

2) Concorso per esami a 1 posto di veterinario provinciale di 3ª classe, riservato agli assistenti universitari ordinari, ad integrazione del concorso per esami a 31 posti di veterinario provinciale di 3ª classe in prova: deserto.

3) Concorso per esami a 46 posti di medico provinciale di 2ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 32. Candidati vincitori: 5.

4) Concorso per esami a 7 posti di medico provinciale di 2ª classe riservato agli assistenti universitari ordinari: deserto.

5) Concorso per esami a 15 posti di chimico di 2ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 19. Candidati vincitori: 10.

6) Concorso speciale per la promozione ad 1 posto di direttore di divisione nel ruolo della carriera direttiva amministrativa: deserto.

7) Concorso per esami a 9 posti di consigliere di 3ª classe in prova:
Candidati presentatisi: 161. Candidati vincitori: 9.

8) Esame di idoneità per il conferimento di 49 posti di direttore di sezione nel ruolo della carriera direttiva amministrativa:
Candidati presentatisi: 28. Candidati vincitori: 27.

9) Concorso speciale per il conferimento di 3 posti di veterinario provinciale capo:
Candidati presentatisi: 5. Candidati vincitori: 2.

10) Concorso speciale per esami per il conferimento di 5 posti di medico provinciale capo:
Candidati presentatisi: 11. Candidati vincitori: 2.

11) Concorso speciale per esami per il conferimento di 1 posto di direttore di divisione: deserto.

12) Concorso speciale per esami per il conferimento di 1 posto di chimico capo:

Candidati presentatisi: 1. Candidati vincitori: nessuno.

13) Concorso per merito distinto per il conferimento di 20 posti di medico provinciale superiore: in corso di espletamento.

14) Esame di idoneità per il conferimento di 59 posti di medico provinciale superiore: in corso di espletamento.

15) Concorso speciale per esami per il conferimento di 1 posto di medico provinciale capo:

Candidati presentatisi: 1. In corso di espletamento.

16) Concorso per merito distinto per il conferimento di 2 posti di veterinario provinciale superiore: in corso di espletamento.

17) Esame di idoneità per il conferimento di 3 posti di veterinario provinciale superiore: in corso di espletamento.

Carriera di concetto.

18) Concorso per merito distinto per il conferimento di 7 posti di 1° ragioniere: deserto.

19) Esame di idoneità per 21 posti di 1° ragioniere:

Candidati presentatisi: 2. Candidati vincitori: 2.

20) Concorso per merito distinto per il conferimento di 4 posti di 1° segretario tecnico: in espletamento.

21) Esame di idoneità per il conferimento di 13 posti di 1° segretario tecnico: in corso di espletamento.

22) Concorso per merito distinto per il conferimento di 2 posti di 1° assistente sanitaria (ex coeff. 325): da espletare.

23) Esame di idoneità per il conferimento di 4 posti di 1° assistente sanitaria (ex coefficiente 325): da espletare.

24) Concorso per esami a 30 posti di assistente sanitaria di 3ª classe in prova:

Candidati presentatisi: 23. Candidati vincitori: 18.

Carriera esecutiva.

25) Esame di idoneità per il conferimento di 2 posti di 1° archivista nel ruolo della carriera esecutiva del personale di archivio:

Candidati presentatisi: 2. Candidati vincitori: 2.

26) Concorso per esami per il conferimento di 11 posti di 1° aiutante tecnico nel ruolo della carriera esecutiva ad esaurimento degli aiutanti tecnici: deserto.

27) Sezione di esame di idoneità per il conferimento dell'autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo:

Candidati presentatisi: 52. Candidati vincitori: 32.

Anno 1967

Carriera direttiva.

1) Concorso per esami a 155 posti di medico provinciale di 2ª classe in prova:

Candidati presentatisi: 11. In corso di espletamento.

2) Concorso per esami a 21 posti di veterinario provinciale di 3ª classe in prova:

Candidati ammessi: 12. In corso di espletamento.

3) Concorso per esami a 5 posti di chimico di 2ª classe in prova:

Candidati presentatisi: 24. In corso di espletamento.

4) Concorso per esami a 7 posti di ingegnere di 2ª classe in prova:

Candidati ammessi: 39. Da espletarsi.

5) Concorso per esami a 18 posti di medico provinciale di 2ª classe in prova riservato agli assistenti universitari: deserto.

6) Concorso per esami a 3 posti di veterinario provinciale di 3ª classe riservato agli assistenti universitari:

Domande presentate: 1. Da espletarsi.

7) Concorso speciale per esami per il conferimento di 1 posto di medico provinciale capo (ex coeff. 500) nel ruolo aggiunto dei medici istituito con D.P.R. 30 novembre 1954, n. 1496 (ex M.A.I.): deserto.

8) Concorso per esami a 57 posti di consigliere di 3ª classe in prova nella carriera direttiva amministrativa:

Candidati ammessi. In corso di espletamento.

9) Esame di idoneità per il conferimento di 37 posti di direttore di sezione nel ruolo della carriera direttiva amministrativa: da espletarsi.

Carriera di concetto.

10) Concorso per esami a 15 posti di segretario tecnico di 3ª classe in prova:

Istanze pervenute: 843. Da espletarsi.

11) Concorso per esami a 7 posti di vice ragioniere in prova nella carriera di concetto dei ragionieri:

Candidati presentatisi: 145. In corso di espletamento.

12) Concorso per merito distinto a 7 posti di 1° ragioniere (ex coeff. 325): da espletarsi.

13) Esame di idoneità per il conferimento di 21 posti di 1° ragioniere (ex coeff. 325): da espletarsi.

Carriera esecutiva.

14) Concorso per esami per il conferimento di 1 posto di 1° archivista: da espletarsi.

	1965	1966	Differenza tra il 1965 e 1966	1967	Differenza tra il 1966 e 1967	Totale differenze	Percentuale d'incremento dal 1965 al 1967
Servizi Generali . . .	30.736.527.000	32.428.463.000	+ 1.691.936.000	37.964.450.000	+ 5.535.987.000	+ 7.227.923.000	23,51
Igiene Pubblica ed Ospedali .	8.833.250.000	9.593.250.000	+ 760.000.000	13.335.000.000	+ 3.741.750.000	+ 4.501.750.000	50,96
Malattie Sociali	23.443.000.000	24.898.000.000	+ 1.455.000.000	33.149.000.000	+ 8.251.000.000	+ 9.706.000.000	41,40
Igiene degli alimenti e nutrizione	259.000.000	329.000.000	+ 70.000.000	336.000.000	+ 7.000.000	+ 77.000.000	29,72
Servizio Farmaceutico	375.000.000	375.000.000	—	375.000.000	—	—	—
Servizi veterinari . . .	5.496.000.000	5.496.000.000	—	5.496.000.000	—	—	—
Istituto Superiore di Sanità . .	3.907.648.000	4.133.678.000	+ 226.030.000	4.213.348.000	+ 79.670.000	+ 305.700.000	7,82
	73.050.425.000	77.253.391.000	+ 4.202.966.000	94.868.798.000	+ 17.615.407.000	+ 21.818.373.000	29,80

SERVIZI
DELL'IGIENE PUBBLICA
E DEGLI OSPEDALI

SDOPPIAMENTO DELLA DIREZIONE GENERALE DELL'IGIENE PUBBLICA E DEGLI OSPEDALI

Nel corso del triennio 1965 - '67 ha avuto luogo, in base alla legge 20 giugno 1967, n. 487, la scissione della Direzione Generale dei Servizi dell'Igiene Pubblica ed Ospedali, nella Direzione Generale dei Servizi dell'Igiene Pubblica e nella Direzione Generale degli Ospedali.

Ciò ha richiesto una profonda ristrutturazione dei relativi ordinamenti dei servizi (che risaliva al 15 ottobre 1958, a parte la successiva modifica consistente nella costituzione in Direzione Generale autonoma dei Servizi dell'Alimentazione e Nutrizione), resa del resto necessaria anche dallo sviluppo che nel frattempo avevano assunto taluni servizi, dall'estensione degli interventi dell'Amministrazione Sanitaria a nuovi campi di attività, per adeguare la sua azione al divenire della realtà sanitaria e sociale e alle direttive di politica sanitaria indicate dal Piano quinquennale di sviluppo, nonchè per dare attuazione alle numerose iniziative di riforme ormai indilazionabili, in settori particolarmente significativi, come l'assistenza sanitaria, la riforma ospedaliera, la riforma psichiatrica, la lotta contro l'inquinamento atmosferico e così via.

Attualmente, l'ordinamento delle due Direzioni Generali è il seguente:

La Direzione Generale dei Servizi dell'Igiene Pubblica è stata ripartita in 7 Divisioni e 1 Ufficio Studi (l'Ufficio Medico - Legale è stato posto alle dipendenze della Direzione Generale degli Affari Amministrativi e del Personale):

— la Divisione I ha compiti di affari generali, di coordinamento e di segreteria;

— la Divisione II si occupa della profilassi internazionale e dei servizi quarantenari;

— la Divisione III tratta l'epidemiologia e profilassi delle malattie infettive;

— la Divisione IV si occupa della medicina scolastica e delle collettività infantili;

— la Divisione V svolge attività inerenti ai problemi dell'inquinamento delle acque, dell'igiene del suolo, della lotta contro gli insetti e i roditori;

— la Divisione VI tratta la lotta contro l'inquinamento atmosferico e l'igiene e la medicina preventiva delle collettività di adulti (malattie professionali, medicina sportiva, igiene degli alberghi, ecc.);

— la Divisione VII opera nel settore dell'idrologia medica;

— infine, l'Ufficio Studi cura l'elaborazione di indagini e rilevamenti particolari.

L'ordinamento della Direzione Generale degli Ospedali, costituita da 13 Divisioni, è qui in appresso brevemente elencato:

— Divisione I: accanto alle funzioni di affari generali, di segreteria e di coordinamento, ha il compito di svolgere studi e relazioni, nonchè di trattare la Medicina del Traffico;

— Divisione II: si occupa degli affari giuridici e amministrativi in materia di ospedali;

— Divisione III: tratta la programmazione ospedaliera, l'organizzazione e il funzionamento degli ospedali, il Fondo nazionale ospedaliero;

— Divisione IV: svolge gli affari finanziari e contabili;

— Divisione V: si occupa delle gestioni ospedaliere;

— Divisione VI: è competente per i concorsi del personale sanitario, tecnico, ecc., degli ospedali;

— Divisione VII: opera nel settore denominato « Servizi speciali », che comprende fra l'altro: i Servizi di anestesia e rianimazione, quelli di pronto soccorso, i Centri antiveleni, i Servizi trasfusionali, ecc.;

— Divisione VIII: tratta i compiti didattici ed educativi degli ospedali (il tirocinio ospedaliero dei neo-laureati e degli specializzandi; la promozione di attività di ricerca scientifica in ospedale; le scuole per il personale sanitario non medico; l'educazione sanitaria, ecc.);

— Divisione IX: si occupa del vasto settore dell'igiene mentale;

— Divisione X: tratta l'assistenza psichiatrica;

— Divisione XI: vigila sugli Enti previdenziali ed assistenziali;

— Divisione XII: cura i delicati settori dell'impiego medico delle radiazioni ionizzanti, della medicina nucleare e della radioprotezione;

— Divisione XIII: si occupa della edilizia ospedaliera;

— è posto alle dirette dipendenze del Direttore Generale l'Ufficio di Segreteria del Comitato Nazionale per la programmazione ospedaliera.

Appaiono così, riordinate e funzionalmente distribuite in un armonico insieme, le numerose ed eterogenee competenze che corrispondono alle effettive attribuzioni del Ministero della Sanità, organismo più che mai vitale nell'attuale fase di sviluppo e di progresso del nostro Paese.

Nella presente relazione non viene, peraltro, effettuata una distinzione tra le due Direzioni Generali, sia in considerazione del breve periodo di attività separata di esse, sia perchè in detto periodo di tempo restarono entrambe affidate al medesimo Direttore Generale.

I. - SERVIZI QUARANTENARI

Scopo precipuo dei servizi quarantenari, come è noto, è quello di prevenire la introduzione nel nostro Paese, attraverso canali del traffico internazionale, delle malattie esotiche verso le quali il Regolamento Sanitario Internazionale adotta particolari precauzioni: vaiolo, colera, peste, febbre gialla, tifo esantematico, febbre ricorrente.

A tal fine, come sempre, gli uffici competenti della Direzione Generale dei Servizi dell'Igiene Pubblica hanno seguito con vigile attenzione la situazione sanitaria nel mondo, adottando, secondo le circostanze, i necessari provvedimenti profilattici.

Ricordiamo, in particolare, che nel 1966 si è verificata una recrudescenza del colera che, dai tradizionali focolai endemici dell'Estremo Oriente (India, Pakistan, Birmania, Tailandia, ecc.), si è estesa anche ai Paesi del Medio Oriente più vicini all'Europa centro-meridionale (Irak e Siria). Il Ministero della Sanità ha, pertanto, prontamente messo in opera i dispositivi profilattici del caso, secondo le direttive dell'O.M.S., nei confronti del traffico proveniente da tali Paesi.

Per quanto riguarda il vaiolo, è da sottolineare il fatto che l'Italia, nel periodo 1965-67, è rimasta del tutto indenne da casi di contagio, a differenza di alcuni Paesi europei nei quali dei casi di vaiolo sono stati introdotti dal traffico aereo internazionale (particolarmente colpita invece è stata, come già altre volte in passato, l'Inghilterra; ivi, nel marzo-giugno 1966, si è verificato un esteso episodio di « variola minor », con ben 45 casi, nello Staffordshire, regione meridionale della Gran Bretagna). In tale occasione, l'Italia ha dato piena esecuzione alle norme previste dall'Accordo Amministrativo vigente fra i Paesi dell'Europa Occidentale, per cui nessuna formalità di carattere sanitario è stata riservata al traffico proveniente dall'Inghilterra, ritenendosi valide, in base alla convenzione, le misure profilattiche adottate dal Paese colpito.

Considerati i riflessi positivi scaturiti dall'Accordo suddetto, il quale ha portato notevoli facilitazioni per quanto riguarda il controllo sanitario del traffico, questa Direzione Generale, in collaborazione con l'Ufficio Rapporti Internazionali, sta ora svolgendo proficua opera per guadagnare l'adesione di altri Paesi europei all'Accordo.

Si è vigilato sull'espletamento dei servizi sanitari a bordo delle navi. A tale riguardo, oltre al consueto esame dei giornali sanitari compilati dai medici di bordo, sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

1) istituzione, con D.M. del 25-1-1966, di una sessione di esami per il conseguimento dell'abilitazione ad espletare le funzioni di medico di bordo: in tale sessione hanno conseguito l'abilitazione n. 32 medici;

2) revisione della tabella dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici e del materiale sanitario in dotazione alle navi che svolgono servizio di emigrazione. La nuova tabella, concertata in base alle indicazioni formulate da una apposita Commissione di tecnici istituita in seno a questa Amministrazione, è entrata in vigore col 1° marzo 1966; grazie a tale aggiornamento, il corredo sanitario di cui sono fornite le nostre navi le colloca alla avanguardia nei confronti delle marinerie dei Paesi più progrediti. Inoltre la Direzione Generale, interessando in merito il Ministero degli Affari Esteri, ha preso una iniziativa tendente a pervenire alla unificazione delle tabelle attualmente in vigore nei vari Paesi interessati al flusso migratorio (Grecia, Spagna, Portogallo); si arriverà in tal modo ad avere, sulle navi di tali Paesi, un corredo sanitario standard;

3) revisione della dotazione della cassetta di pronto soccorso di cui devono essere dotate le scialuppe e le zattere di salvataggio. Avvalendosi sempre della consulenza della Commissione di cui al comma precedente, le cassette di cui sopra sono state totalmente modificate e completate di diversi medicinali riconosciuti oggi indispensabili;

4) revisione delle tariffe per le operazioni di derattizzazione e disinfestazione delle navi. Con decreto interministeriale del Ministro della Sanità e del Ministro della Marina Mercantile, in data 4 giugno 1966, si è proceduto ad un aggiornamento delle suddette tariffe in modo da adeguarle alle mutate condizioni dei prezzi.

Per avere una idea della mole di lavoro svolta dagli Uffici di Sanità Marittima nel triennio 1965 - 1967, si vedano nella pagina a fronte i dati riportati nella *tabella 1*.

La continua, progressiva intensificazione del traffico aereo ha inoltre impegnato notevolmente gli Uffici Sanitari che operano negli aeroporti civili e, di riflesso, questa Direzione che segue il servizio degli stessi.

L'espansione dell'attività di tali Uffici ha riguardato non solo le misure di controllo a scopo profilattico riservate ai passeggeri, ma anche quella doverosa azione di vigilanza igienico-sanitaria portata su tutti i settori aeroportuali. In merito a questo secondo punto, un particolare intervento di sorveglianza igienica, che ha impegnato a fondo il servizio, ha avuto luogo in occasione della lunga sospensione, verificatasi nell'autunno del 1966, dell'attività della SO.GE.NE. che provvede al rifornimento alimentare sia del personale che dei passeggeri della quasi totalità delle Compagnie operanti nell'aeroporto di Fiumicino.

Si riportano nella *tabella* 2 i dati riguardanti l'attività svolta dall'Ufficio di Sanità Aerea della Capitale nel triennio 1965-1967.

Tabella n. 1.

Attività svolta dagli Uffici di Sanità Marittima negli anni 1965 - 1967

	1965	*1966*	*1967*
Navi in arrivo sottoposte a visita sanitaria .	11.948	12.427	10.341 (1)
Navi in partenza sottoposte a visita sanitaria .	6.948	7.301	5.708
Navi derattizzate	378	393	297
Navi disinfettate o disinfestate	196	207	174
Passeggeri in arrivo visitati	252.478	268.720	208.528
Vaccinazioni effettuate contro le malattie quarantenarie	48.851	52.758	50.371

(1) La diminuita attività registrata per l'anno 1967 è legata al fatto che la chiusura del Canale di Suez, per i noti eventi bellici del giugno 1967, ha determinato una diminuzione del traffico marittimo nei porti del Mediterraneo.

Tabella n. 2.

Dati riguardanti l'attività svolta dall'Ufficio di Sanità Aerea della Capitale negli anni 1965 - 1967

	1965	*1966*	*1967*
Aerei sottoposti a misure sanitarie perchè provenienti da località infette da malattie quarantenarie	10.066	9.696	8.812 (1)
Passeggeri sottoposti a controllo sanitario . .	267.858	327.503	352.021
Vaccinazioni effettuate contro le malattie quarantenarie	15.942	17.610	19.270
Aerei disinfettati o disinfestati	215	212	246

(1) Il numero degli aerei risulta in diminuzione essendo aumentata la capienza dei posti dei nuovi aerei di linea.

Particolare premura è stata posta anche nel controllo del personale degli aeroporti addetto alle mense, bar, ristoranti e catering, con visite, vaccinazioni ed esami schermografici praticati su vasta scala nella popolazione aeroportuale.

Nel triennio in parola, il Ministero della Sanità ha altresì provveduto, utilizzando i propri fondi di bilancio, a finanziare le seguenti opere straordinarie, per potenziare e migliorare i presidi di sanità marittima ed aerea:

Stazione di Sanità Aerea di Ciampino:		
nuovo impianto elettrico	L.	4.223.000
Ufficio di Sanità Marittima di Pescara:		
lavori di costruzione al reparto isolamento e alloggio custode .	»	1.077.000
Sassari - Asinara:		
elettrificazione e lavori di riparazione della stazione quarantenaria	»	3.970.000
Genova:		
nuovo arredamento Ufficio di Sanità Marittima	»	1.600.000
Ancona:		
riparazione della Stazione di Sanità Marittima	»	800.000
Gela (Caltanissetta):		
nuovo arredamento dell'Ufficio di Sanità Marittima . . .	»	800.000
Messina:		
lavori di miglioria alla Stazione Sanitaria Marittima . . .	»	1.000.000
Fano (Pesaro):		
lavori di riparazione alla Stazione Sanitaria	»	1.600.000
Trieste:		
arredamento nuova sede dell'Ufficio di Sanità Marittima . .	»	850.000
Totale . . .	L.	15.920.000

Infine hanno avuto luogo presso la Direzione Generale diverse riunioni di studio di Commissioni interministeriali aventi per oggetto vari problemi di sanità marittima ed aeroportuale.

II. - MALATTIE INFETTIVE

Nel settore della lotta contro le malatte infettive i risultati più significativi son stati ottenuti, nel triennio 1965 - 1967, nella prevenzione della poliomielite.

Si è attivamente proseguita la sistematica vaccinazione col Sabin di tutta la popolazione infantile, secondo la prassi felicemente instaurata a partire dal 29 febbraio 1964, data memorabile nella storia della sanità pubblica italiana. E' stata mantenuta e potenziata la fitta rete di posti di vaccinazio-

ne già instaurata presso gli Uffici sanitari comunali, le cliniche universitarie, gli ospedali, l'O.N.M.I., gli istituti di assicurazione contro le malattie, ecc. Parallelamente, non si è tralasciato di svolgere un'assidua, intensa opera di educazione sanitaria della popolazione.

E' da tenere presente che la continuazione della vaccinazione antipolio negli anni successivi al '64 ha perseguito lo scopo non solo di vaccinare i nuovi nati, ma anche di «recuperare» i soggetti sfuggiti precedentemente alla vaccinazione ovvero incompletamente vaccinati.

I risultati conseguiti dalle campagne di vaccinazione sono messi in risalto dall'andamento della malattia:

Anni	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Numero dei casi	3.264	2.830	841	254	147	107

Si consideri, per di più, che la riduzione annuale della morbosità per poliomielite — per quanto già significativa per sè stessa — non rende a sufficienza l'entità dei progressi effettivamente conseguiti.

E' da tenere presente che, a partire dall'ottobre del '66, l'insufficiente livello di vaccinazione raggiunto, specie nei bambini dei primi anni di vita, in alcune provincie della Puglia, della Calabria e della Sicilia, aveva determinato in esse una recrudescenza delle manifestazioni di malattia, che si è protratta nel primo semestre del 1967, appesantendone le statistiche.

L'azione iniziata dalla Amministrazione sanitaria — sulla base dei dati relativi all'andamento delle vaccinazioni — per individuare le cause della resistenza che la vaccinazione ancora incontrava in alcune zone e per contrapporre a tale situazione misure efficaci (si è giunti fino alla organizzazione di servizi di vaccinazione a domicilio, anche in città capoluogo di regione!) ha potuto — ovviamente — far sentire i suoi effetti solo a distanza di tempo, cioè mano a mano che con la riduzione delle quote di popolazione non protetta si opponeva una valida barriera alla circolazione del virus. Non tutte le zone hanno presentato gli stessi problemi, sicché il rilancio delle vaccinazioni è stato realizzato in tempi diversi da zona a zona; in alcune provincie la riorganizzazione dei servizi — per portarli su basi adeguate — è stata effettuata solo negli ultimi mesi del 1967.

Comunque, il progressivo miglioramento del livello di protezione della popolazione, e la graduale diminuzione delle zone in ritardo, ha fatto sentire massivamente i suoi effetti nel secondo semestre del 1967, nel quale sono stati registrati solo 33 casi contro i 74 del primo semestre.

Ha facilitato il rilancio delle vaccinazioni anche la promulgazione della legge 4 febbraio 1966, n. 51, sull'obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica e l'emanazione delle norme regolamentari emanate con D.M. 25-5-1967, con le quali:

Casi delle principali malattie

	1961		1962		1963	
	N.	per 100.000 ab.	N.	per 100.000 ab.	N.	per 100.000
Febbre tifoide . . .	11.896	23,5	16.884	33,1	13.011	25,3
Paratifi	1.756	3,5	2.067	4,1	1.755	3,4
Brucellosi	7.319	14,5	6.422	12,6	5.456	10,6
Scarlattina	7.663	15,1	13.861	27,2	12.767	24,8
Difterite	4.130	8,2	3.598	7,1	2.895	5,6
Pertosse	36.267	71,6	28.255	55,5	16.715	32,4
Meningite c.s.e. . . .	562	1,1	797	1,6	2.116	4,1
Tetano	730	1,4	766	1,5	730	1,4
Pustola maligna . . .	257	0,5	281	0,5	251	0,5
Poliomielite a. a. . .	3.415	6,7	3.264	6,4	2.830	5,5
Morbillo	63.879	126,2	79.934	156,9	82.567	160,3
Varicella	38.128	73,3	43.148	84,7	41.823	81,2
Parotite epidemica . .	33.862	66,9	32.389	63,6	33.791	65,6
Epatopatie acute . . .	6.218	12,3	5.424	10,6	5.789	11,2
Leishmaniosi viscerale .	33	—	25	—	98	—
Leishmaniosi cutanea .	81	0,2	102	0,2	67	0,1
Anchilostomiasi . . .	634	1,3	652	1,3	746	1,4
Influenza	5.564	11,0	65.769	129,1	139.905	271,6
Rabbia	6	—	—	—	7	—
Febbre Q.	18	—	12	—	3	—

Tabella n. 3.

ttive denunziati in Italia

1964		1965		1966		1967	
N.	per 100.000 ab.	N.	per 100.000 ab.	N.	per 100.000 ab.	N.	per 100.000 ab.
9.854	18,9	11.638	22,0	10.493	19,7	9.473	17,7
1.382	2,6	1.516	2,9	1.519	2,8	1.130	2,1
4.896	9,4	5.105	9,6	4.783	9,0	4.987	9,3
9.993	19,2	10.769	20,3	14.743	27,6	12.554	23,4
2.617	5,0	2.384	4,5	2.237	4,2	1.729	3,2
1.908	42,0	22.522	42,5	18.653	35,0	10.682	19,9
1.580	3,0	1.353	2,5	943	1,8	1.531	2,9
733	1,4	713	1,3	620	1,2	530	1,0
175	0,3	218	0,4	163	0,3	143	0,3
841	1,6	254	0,5	147	0,3	107	0,2
2.389	138,9	54.296	102,6	94.748	177,7	71.696	13,4
7.298	90,7	43.205	81,6	42.471	79,6	40.535	75,7
2.608	100,9	26.268	49,6	31.994	60,0	48.561	90,7
1.876	22,8	23.375	44,2	37.912	71,1	42.051	78,5
20	—	19	—	20	—	24	—
63	0,1	53	0,1	56	0,1	39	0,1
731	1,4	717	1,3	635	1,2	415	0,8
5.245	10,1	61.549	116,3	3.044	5,7	30.409	56,8
6	—	1	—	1	—	3	—
1	—	5	—	8	—	6	—

— è stato anticipato l'inizio della pratica immuntaria alla fine del terzo mese di vita;

— è stata abolita la sospensione delle vaccinazioni nei mesi estivi;

— è stata introdotta la somministrazione di una seconda dose di vaccino trivalente nel terzo anno di vita.

E' da sottolineare che nella prima applicazione del regolamento è stato favorito il trattamento con la seconda dose di trivalente di tutti i soggetti vaccinati da almeno un anno, specie se in età prescolare o ammittendi a collettività infantili.

Una indagine effettuata al 30-9-1967 sull'andamento delle vaccinazioni ha permesso di accertare che a tale data le percentuali dei bambini trattati con i singoli tipi di vaccino, per i nati dal 1964 al 1967, erano le seguenti:

Vaccinati	*Nati nel*			
	1964	*1965*	*1966*	*1967*
col tipo I	93,9	90,9	89,2	55,2
» tipo III	89,7	89,6	84,1	39,8
» tipo II	88,1	87,1	80,8	38,5
» trivalente	83,3	79,6	65,1	—

Risulta da tale prospetto che il 90% e più della popolazione infantile accede alla vaccinazione; si tratta di dati nazionali, che risalgono ad alcuni mesi fa, per cui è lecito affermare che le percentuali anzidette siano già state superate, specie se si considera che il miglioramento dei servizi è stato realizzato in alcune zone, come si è detto, solo nell'autunno 1967.

Risulta anche che tale miglioramento dei servizi ha ridotto la quota dei bambini che non portano a termine la vaccinazione.

Risulta anche, però, che le vaccinazioni vengono ancora iniziate con ritardo rispetto all'epoca stabilita, come dimostrano i dati relativi ai nati nel 1967.

Di conseguenza l'Amministrazione sanitaria sta svolgendo assidui sforzi per ottenere un progresso anche a questo riguardo. Dato che il fenomeno dipende in parte anche da una insufficiente informazione dei genitori, alla fine del 1967 sono state impartite disposizioni perché tutte le puerpere, nel periodo di degenza ospedaliera, vengano sistematicamente informate sul trattamento immunitario in parola, e sui tempi e modalità di esecuzione.

La necessità di consolidare e migliorare i risultati ottenuti con il vaccino antipoliomielitico Sabin, che richiede una costante e vigile attenzione perché non vadano frustrati gli sforzi compiuti a partire dal 1964, non ha

fatto trascurare l'andamento delle altre malattie infettive controllabili con vaccinazioni obbligatorie.

Anzi, approfittando della circostanza che l'endemia difterica è particolarmente elevata proprio nelle stesse zone in cui la vaccinazione antipolio veniva praticata meno estensivamente, l'Amministrazione sanitaria ha avuto cura di perseguire — in parallelo — un potenziamento dei servizi anche per quanto attiene alle vaccinazioni antidifteriche. Non sembra pertanto che debba ritenersi un caso se la tendenza a decrescere dei casi di difterite ha subito nel 1967 una brusca accelerazione: al posto dei 100-200 casi di riduzione annuale verificatasi dal 1963, si è avuto nel 1967 un risparmio di 500 casi rispetto all'anno precedente (2237 casi nel 1966, 1729 casi nel 1967).

Il periodo 1965-1967 è stato un periodo positivo anche per il tetano, per la febbre tifoide e, a ben considerare, anche per l'epatite virale.

Infatti la curva discendente del tetano ha subìto nel 1967 una flessione più accentuata che nel passato: 530 casi contro i 620 del 1966 ed i 713 del 1965.

La *febbre tifoide* ha fatto registrare una riduzione di mille casi per anno (9.473 nel 1967 contro i 10.493 del 1966 e gli 11.638 del 1965).

L'*epatite virale,* che nel triennio 1964-1966 aveva visto raddoppiare ogni anno il numero dei casi, nel 1967 ha fatto registrare un aumento più modesto: si è passati cioè a 42.051 casi, contro 37.912 nel 1966.

Le altre malattie infettive hanno presentato un andamento stazionario, a parte quelle ad andamento ciclico: nel triennio considerato sono stati rilevati, per quanto riguarda, ad esempio, le manifestazioni influenzali, 61.549 casi nel 1964, 3.044 nel 1966 e 30.409 nel 1967. Tali dati risultano nettamente inferiori alle punte epidemiche registrate nell'ultimo decennio.

Il decremento delle principali malattie infettive nel triennio in questione appare chiaramente evidente dalla *tabella* 3, nella quale sono riportati — per un opportuno raffronto — i dati relativi all'ultimo settennio (1961-1967).

III. - ASSISTENZA AGLI INFERMI POLIOMIELITICI

L'Amministrazione sanitaria, per quanto riguarda l'assistenza agli infermi affetti da esiti di p.a.a. ha provveduto anche nel triennio 1965-67, a ricoverare gratuitamente nei Centri di cura e di studio ed a fornire apparecchi ortopedici a detti infermi.

Il problema assistenziale, comunque, ha assunto un aspetto diverso da quello degli anni precedenti a seguito della vaccinazione con il metodo di Sabin. I nuovi casi di malattia sono infatti notevolmente diminuiti (nu-

mero 508 unità, così suddivise per anno: 1965: 254; 1966: 147; 1967: 107) rispetto agli anni precedenti.

Quanto sopra ha determinato una minore necessità di ricoveri per la cura degli esiti recenti e l'assistenza è stata quasi totalmente erogata per la terapia chirurgica ortopedica degli esiti inveterati della malattia e soprattutto per provvedere alle crescenti richieste di ricovero nei centri medico-sociali.

Invariato pertanto è rimasto il numero dei centri per le cure medico-chirurgiche e per il recupero medico-sociale; per il potenziamento delle attrezzature tecniche dei centri stessi, questo Ministero ha erogato nel periodo 1965-1967 contributi per l'ammontare complessivo di L. 360 milioni.

Il diminuito numero dei nuovi casi di malattia non ha, peraltro, determinato una diminuzione evidente nel numero degli assistiti e ciò si spiega con il fatto che le aumentate richieste di assistenza degli esiti inveterati e di assistenza scolastica sono state potute soddisfare in maggior misura proprio in virtù della deflessione del numero degli ammalati acuti.

Pertanto, pur rimanendo invariato il numero degli assistiti si è rilevato un sensibile aumento nelle spese relative all'assistenza di detti infermi, in quanto sono notevolmente aumentati i costi di assistenza sia per quanto riguarda le rette di degenza che per le forniture ortopediche.

Per quanto riguarda, infine, i debiti accumulatisi a tutto il 31-12-1967 in questo settore, sono stati concessi con leggi speciali (11-5-1967, n. 384 e 23-1-1968, n. 21) stanziamenti straordinari rispettivamente di 2 e di 12 miliardi. Con tali somme si sta provvedendo a sanare la situazione creditoria dei vari Enti, mentre con gli stanziamenti ordinari di bilancio si prevede sarà possibile far fronte alle spese occorrenti per l'assistenza a detta categoria.

IV. - SERVIZI DI VIGILANZA MEDICO-SCOLASTICA E PARASCOLASTICA

Nel triennio considerato, il costante interesse ai problemi della scuola ha dato impulso, nell'ambito delle disposizioni di legge in vigore, ad una ampia ed intensa azione diretta a capillarizzare in tutto il territorio nazionale i servizi di medicina scolastica, sia generici che specialistici, per consentire un controllo continuativo e periodico dello stato di salute della popolazione in età scolare e per realizzare la concreta possibilità di coordinata utilizzazione di tutti i servizi sanitari, statali e parastatali, a favore degli alunni e del personale che a qualunque titolo fa parte della scuola.

Tale azione è stata anche indirizzata a sviluppare le iniziative di educazione sanitaria necessarie per ottenere la partecipazione attiva dei soggetti interessati ai servizi di medicina scolastica.

L'attività svolta può essere riassunta nei seguenti punti:

1. - Formulazione dello schema di regolamento di attuazione della vigente legge sui servizi di medicina scolastica (titolo III del D.P.R. 11-2-1961, n. 264).

Il testo del Regolamento, elaborato di concerto con i Ministeri della Pubblica Istruzione, Interno, Tesoro, Lavoro e Previdenza Sociale, affida la sovraintendenza ed il coordinamento dei servizi, che si estendono alle scuole di ogni ordine e grado, ai Medici Provinciali nei rispettivi territori di competenza, mentre ne demanda la effettiva direzione agli Ufficiali sanitari.

Viene anzitutto fatto obbligo ai Comuni, singoli o consorziati, di provvedere ai locali ed alle idonee attrezzature; analogo obbligo compete agli Enti e privati che gestiscono istituti scolastici. Ove i Comuni non siano in grado di provvedere, le Amministrazioni provinciali hanno facoltà di integrare od istituire i servizi, principalmente per il settore specialistico.

E' espressamente sancito che l'attuazione del servizio debba essere concordata con le autorità didattiche, che da parte loro sono tenute a collaborare, al fine di evitare intralci all'attività scolastica.

Il testo del regolamento precisa poi le caratteristiche dei locali da adibire ad ambulatori scolastici, le registrazioni che dovranno essere effettuate con regolarità dal Medico scolastico (ogni scolaro dovrà avere una propria cartella sanitaria che lo segua attraverso tutto il curriculum degli studi) e le norme concernenti il personale addetto.

Al riguardo sono dettagliatamente indicati i criteri di assunzione dei medici scolastici, sia generici che specializzati; detti sanitari dovranno avere un'adeguata sistemazione stabile in appositi ruoli. E' previsto almeno un Medico scolastico generico per ogni 2000 alunni, o frazione superiore a 1000. Il Medico scolastico sarà coadiuvato da personale ausiliario, costituito da: assistenti sanitarie visitatrici, infermiere professionali, vigilatrici d'infanzia.

Sono altresì accuratamente specificati i compiti del medico scolastico. Egli, oltre a sottoporre a visita preliminare all'inizio dell'anno scolastico tutti gli alunni, deve costantemente seguirli dal punto di vista sanitario, collaborando anche con gli insegnanti, con le famiglie e con i centri medico-psico-pedagogici, al duplice fine di ottenere il migliore rendimento degli alunni e di evitare l'affaticamento mentale. Sarà anche cura del medico scolastico concordare con i dirigenti d'istituto lo svolgimento di un'opportuna attività di educazione sanitaria. Egli dovrà infine esercitare un'assidua vigilanza sulle condizioni igieniche della scuola, degli alunni, sulla refezione scolastica nonché sui requisti igienici di qualsiasi cibo o bevanda distribuiti, sotto qualunque forma, nelle scuole o negli istituti. Naturalmente è prevista all'uopo una stretta collaborazione con i dirigenti e i docenti.

Viene poi trattato ampiamente il settore delle scuole « speciali » (istituti per ciechi, sordomuti, minorati psichici affetti da malattie specifiche dell'apparato respiratorio e da malattie cardiovascolari). In questo campo, sia per la selezione dei soggetti da avviare alle istituzioni specializzate, sia per il funzionamento stesso di tali istituzioni, l'opera assidua e costante del medico ne costituisce il fondamento primo.

Il testo di regolamento passa poi ad occuparsi della difesa contro le malattie infettive nella scuola, dettando i criteri di profilassi, particolarmente per quanto riguarda le riammissioni degli alunni che sono stati assenti più di cinque giorni, e la vigilanza, sotto il profilo sanitario, del personale addetto, a qualunque titolo, alla scuola. Tale personale dovrà essere sottoposto a esame radiologico del torace almeno una volta ogni due anni; speciali accertamenti, inoltre, andranno eseguiti, con periodicità annuale, sul personale dei servizi di cucina e di refezione scolastica.

Il regolamento, infine, detta una serie di norme particolari per il servizio di medicina scolastica nelle scuole pre-elementari e nelle scuole di istruzione secondaria, soprattutto per le attività ginnico-sportive.

2. - Nomina dei medici coadiutori provinciali per i servizi di medicina scolastica.

La disposizione contenuta nell'art. 16, II comma, del D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 264, stabilisce che il Ministero della Sanità può, con decreto emanato di concerto con il Ministero del Tesoro, conferire a un medico particolarmente competente in una determinata specialità l'incarico temporaneo di coadiuvare il medico provinciale nella vigilanza sul funzionamento dei servizi medico-scolastici.

Avvalendosi di tale facoltà il Ministero ha provveduto ad assegnare a 57 Uffici sanitari provinciali, per periodi di tempo variabili, un sanitario particolarmente qualificato (specialista in medicina scolastica, igiene e pediatria) il quale possa offrire la propria collaborazione al Medico provinciale per promuovere e migliorare l'organizzazione del settore in tutto il territorio provinciale.

I sanitari nominati debbono, nell'espletamento della loro attività, riferire direttamente ai Medici provinciali sull'andamento dei servizi nelle rispettive provincie, formulando proposte e suggerimenti per sviluppare e migliorare la situazione esistente.

Essi non possono, comunque, adottare alcun provvedimento nei confronti degli Enti locali, degli Ufficiali sanitari, dei Medici condotti o del personale che svolge la propria opera nell'ambiente scolastico.

Inoltre, nel periodo di chiusura delle scuole, alcuni di tali sanitari, specie nelle sedi dove più intensa è stata l'assistenza climatica estiva ai minori, hanno esteso la loro prestazione al controllo sul funzionamento di

altre collettività infantili, quali colonie di vacanze, sia temporanee che permanenti, collegi, ecc..

3. - Azione ispettiva centrale.

E' stata promossa l'organizzazione dei sopralluoghi periodici nelle province da parte di Ispettori generali medici del Ministero, ai fini dell'accertamento dell'effettiva situazione locale, della individuazione degli ostacoli che tuttora si frappongono a creare la base di un'efficiente organizzazione medico-scolastica, nonché della soluzione dei relativi problemi.

Sono state ispezionate le seguenti provincie: Alessandria, Ascoli Piceno, Asti, Bari, Cagliari, Campobasso, Como, Cuneo, Ferrara, Foggia, La Spezia, L'Aquila, Lecce, Napoli, Novara, Nuoro, Padova, Palermo, Pavia, Potenza, Salerno, Sassari, Savona, Taranto e Teramo.

4. - Concessione di aiuti finanziari ai comuni con popolazione inferiore ai venticinquemila abitanti.

Attraverso un'estesa azione di incitamento e di guida esercitata dal Ministero nei riguardi dei piccoli Comuni, sia direttamente sia attraverso gli uffici dei Medici provinciali, sono state promosse iniziative da parte di molte amministrazioni locali per l'organizzazione di efficienti servizi di medicina scolastica.

Nel triennio 1965-1967 sono stati utilizzati fondi per complessive lire 830.000.000.

I contributi concessi ai Comuni con popolazione inferiore ai 25.000 abitanti per l'impianto di ambulatori medico-scolastici, per l'eventuale sistemazione dei locali e l'avviamento dei servizi relativi, risultano così impiegati:

— comuni beneficiari: n. 817;

— ambulatori medico-scolastici generici finanziati: n. 845;

— ambulatori medico-scolastici specialistici finanziati: n. 51 (prevalentemente odontoiatrici).

Sale così a 2177 il numero complessivo degli ambulatori istituiti al 31 dicembre 1967 a partire dal 1961, epoca in cui per la prima volta, in forza del D.P.R. 11-2-1961, n. 264, sono stati messi a disposizione del Ministero della Sanità appositi fondi in bilancio.

5. - Interessamento degli organi periferici del Ministero della Sanita' a mezzo di circolari.

Sono state impartite ai Medici provinciali direttive precise intese ad indirizzare nel giusto senso le attività di medicina preventiva scolastica.

Tali direttive risultano dalle seguenti lettere circolari (si citano le principali):

A) *Circolare n.* 142 *dell'*8-9-1966.

Tende a promuovere i presupposti per consentire l'espletamento capillare delle attività immediate ed urgenti (visita medica periodica a carico degli scolari e del personale che frequenta la scuola, e svolgimento collaterale delle attività di educazione sanitaria) e la formazione delle fondamenta sulle quali dovrà reggersi l'intero servizio.

Le istruzioni impartite nella circolare possono essere riassunte come segue:

1) Dare inizio ad un attento studio preliminare sulla situazione esistente, sull'entità e distribuzione numerica degli alunni in rapporto ai vari gradi ed ordini di istruzione, sulla dislocazione delle sedi scolastiche, sulla possibilità che presentano i vari organismi locali di appoggiare e di integrare l'azione dei Comuni, al fine di valutare le soluzioni che possono essere adottate caso per caso (impianto di ambulatori isolati negli edifici scolastici, costituzione di consorzi, organizzazione di servizi itineranti, creazione di centri zonali, ecc.).

2) Affrontare con assoluta priorità il problema dell'istituzione del servizio di base nelle località che ne fossero prive, non limitandone la creazione nelle città o nei centri più importanti, ma diffondendo in tutto il territorio provinciale una rete di servizi e facendo richiedere dalle amministrazioni comunali interessate i contributi finanziari che all'uopo ha la possibilità di concedere il Ministero della Sanità, ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 11-2-1961, n. 264.

3) Sensibilizzare nella maniera più idonea, previi opportuni contatti, tutti gli enti ed istituzioni direttamente o indirettamente operanti nel settore scolastico, non esclusi gli istituti di assistenza malattia, per giungere all'elaborazione di un programma da realizzare a breve scadenza.

4) Incrementare l'assunzione di personale sanitario appositamente qualificato, e in caso di difficoltà nel reperimento di tale personale, indirizzare l'opera dei medici condotti alle attività preventive di medicina scolastica, in maniera che possano risultare almeno soddisfatte le esigenze fondamentali e più immediate del servizio.

5) Stimolare la collaborazione tra personale sanitario e personale insegnante, collaborazione che si rende quanto mai necessaria per facilitare lo svolgimento dei compiti dei medici scolastici con il minimo intralcio all'attività didattica.

6) Impegnarsi seriamente perché il servizio non rimanga confinato

alle scuole elementari, ma sia esteso alle scuole secondarie ed in particolare a quelle di completamento dell'obbligo ed agli istituti di secondo grado. In tali scuole, tenuto conto che le anomalie più frequenti a presentarsi sono di ordine morfologico, endocrino, auxologico, metabolico e psicologico, il servizio dovrà assumere necessariamente un carattere polispecialistico, che potrà essere assicurato con il concorso degli enti territoriali o a mezzo di apposite convenzioni con istituti o centri specializzati, curando la buona utilizzazione dei mezzi strumentali esistenti e dei servizi operanti nel settore delle attività medico-sociali (Laboratori provinciali d'Igiene e Profilassi, dispensari antitubercolari, servizi schermografici, centri per le cardiopatie e il reumatismo, centri per diabetici, dermatologici, d'igiene mentale, ecc.).

In questa sede il servizio medico-scolastico dovrà anche effettuare i necessari controlli sugli alunni ai fini di una corretta applicazione dell'educazione fisica e dello svolgimento di attività sportive, per adeguare il regime delle esercitazioni allo sviluppo fisiologico individuale, anche in relazione ad eventuali anomalie della crescenza che richiedono esercizi particolari di carattere correttivo.

7) Svolgere azione di persuasione e di educazione per ottenere che tutto il personale scolastico si sottoponga volontariamente a determinati accertamenti sanitari ed in « primis » all'esame radiologico del torace, indipendentemente dall'obbligo della visita medica prevista dalle vigenti disposizioni di legge, nell'interesse della salute propria e di quella dei discenti.

8) Dare impulso allo sviluppo delle attività di educazione sanitaria scolastica, che dovrà essere principalmente svolta dagli insegnanti e dal personale sanitario ausiliario, sotto il controllo e le direttive dell'Ufficiale sanitario e del Medico scolastico.

9) Curare le relazioni statistiche per conoscere i dati relativi all'entità numerica delle attrezzature e del personale sanitario addetto ai servizi in ciascun Comune, nonchè l'attività svolta, in sede locale, con l'indicazione del numero dei soggetti annualmente visitati, dell'esito delle visite mediche e dei provvedimenti adottati a carico dei soggetti bisognevoli di cure o di particolari trattamenti.

B) *Circolare n.* 151 *del* 19-9-1966.

Si occupa del servizio oftalmologico scolastico, con particolare riguardo alla ricerca, assistenza ed educazione degli scolari ambliopi.

I disturbi visivi causano nell'infanzia problemi di grande interesse medico-sociale, in quanto i soggetti colpiti sono destinati, quasi sempre, se abbandonati a se stessi, ad un peggioramento progressivo della funzione visiva che ne limita le capacità di apprendimento e di lavoro.

E' stata, pertanto, rappresentata la necessità di promuovere nelle rispettive provincie, nel quadro dell'organizzazione dei servizi specialistici di medicina scolastica, disciplinati dal D.P.R. 11-2-1961, n. 264, ed in coordinamento con i servizi di oftalmologia sociale attuabili ai sensi del D.P.R. 11-2-1961, n. 249, lo sviluppo di ogni utile azione diretta a ricercare, assistere ed educare i bambini ambliopi.

Tale azione, da svolgersi in stretta collaborazione con tutti gli organismi interessati alla salute dell'infanzia, dovrà essere diretta innanzi tutto ad assicurare la visita medica periodica da parte di un oculista agli alunni frequentanti le scuole preparatorie e quelle elementari. Inoltre, dovrà dare il necessario sviluppo alla creazione di Centri specializzati di optometria, pleottica ed ortottica, nonché di scuole e classi speciali ove gli alunni possano ricevere anche l'orientamento professionale.

C) *Circolare n.* 164 *dell'*8-10-1966.

Detta istruzioni sull'organizzazione del servizio odontoiatrico scolastico per quanto concerne la prevenzione della carie dentaria, delle malocclusioni e delle imperfezioni dento-maxillo facciali nell'età infantile.

Le malattie bucco-dentarie, spesso causa di notevoli danni che limitano ed ostacolano lo sviluppo fisico-psichico del bambino, rappresentano oggi uno dei più importanti problemi di sanità pubblica, in quanto la loro tempestiva e corretta risoluzione condiziona l'avvenire del cittadino sotto l'aspetto non solo sanitario ma anche economico e sociale.

E' stata prospettata la necessità che in tutte le provincie sia dato un decisivo impulso all'organizzazione dei servizi di odontoiatria scolastica, promuovendo le attività che possano porre a disposizione degli alunni gli interventi indispensabili ed in primo luogo le visite periodiche da parte di un medico odontoiatra. La visita specialistica dovrà essere ripetuta almeno due volte l'anno e dovrà essere diretta ad accertare:

a) lo stato della bocca e dei denti e l'eventuale presenza di processi cariosi;

b) le deviazioni dal normale schema di sviluppo delle ossa della faccia, dei mascellari e dei denti; le deformità conclamate delle ossa mascellari; le irregolarità di forma e di posizione dei singoli denti; le malocclusioni (al primo manifestarsi); le anomalie funzionali.

Inoltre è stato raccomandato di tener presenti le possibilità di attuare la profilassi collettiva medicamentosa della carie mediante l'uso di composti di fluoro, per il cui pratico impiego sono state fornite le relative istruzioni.

Poiché, inoltre, in campo odontoiatrico la profilassi si identifica essenzialmente con una terapia precoce delle affezioni riscontrate, gli scolari che

presentano necessità terapeutiche debbono essere tempestivamente segnalati alle famiglie, per l'immediata instaurazione delle cure.

L'onere di queste ultime farà carico agli Enti di assistenza-malattia se trattasi di soggetti coperti dalla relativa assicurazione, o agli stessi familiari, se abbienti e non assicurati.

Per gli indigenti, che risultano sprovvisti di qualsiasi forma di assistenza e nella impossibilità economica di ricorrere all'opera di medici privati, le Amministrazioni comunali dovranno provvedere alle cure gratuite, sia direttamente a mezzo dei propri servizi, sia avviando gli alunni bisognosi agli Istituti ospedalieri, ai Centri specializzati, alle Cliniche odontoiatriche, nonchè agli ambulatori dei professionisti privati, se riconosciuti idonei, con i quali abbiano stipulato apposite convenzioni.

D) *Circolare n.* 35 *del* 20-2-1967.

Si riferisce al controllo sistematico dello sviluppo somatico nell'età evolutiva, sia per rendere tempestiva l'adozione delle opportune misure emendative sia per poter disporre di elementi statistici indispensabili a valutare i rilievi antropometrici su collettività infantili di una determinata località o circoscrizione territoriale.

E' stato raccomandato quindi di non trascurare, nel corso della metodica routinaria di lavoro per la sorveglianza dello stato generale di salute dei bambini, le osservazioni in campo auxologico e la ordinata raccolta dei relativi dati, in maniera da poter anche ottenere i valori medi normali (standard) delle misurazioni effettuate in rapporto alle diverse età dei soggetti.

Per l'espletamento del controllo auxologico è stato suggerito l'impiego di metodi semplici, di facile e rapida esecuzione, che utilizzino gli elementi antropometrici base (peso ed altezza in relazione all'età degli scolari) e che in pratica danno risultati sufficientemente attendibili sul normale svolgimento del progresso accrescitivo.

E' stato consigliato di effettuare le relative misurazioni almeno due volte l'anno, separatamente per maschi e femmine, e di impiegare altimetri e bilance accuratamente controllati.

L'indagine intesa a rilevare i valori medi normali è diretta ai soggetti normali, distinti per sesso ed età, per i quali vanno determinati i valori minimi, quelli massimi e la media sia della statura che del peso.

E) *Circolare n.* 41 *del* 7-3-1967.

Riguarda la vigilanza nel settore delle colonie estive; la permanenza temporanea in tali istituzioni costituisce per i minori una continuazione in senso cronologico della vita scolastica, di cui rappresenta l'integrazione ne-

cessaria soprattutto ai fini di un equilibrato e sano sviluppo fisico-psichico. Il Ministero ha raccomandato ai Medici provinciali di esercitare, in tale settore, accurati controlli per quanto attiene:

a) alla regolare esecuzione dei prescritti trattamenti immunizzanti da parte dei minori ammessi alle colonie e la relativa annotazione nelle schede sanitarie individuali.

Circa la vaccinazione antitifo-paratifica, è stato stabilito, tenuto conto del parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 28-5-1966, che il relativo certificato potrà essere richiesto in determinati casi qualora elementi di carattere epidemiologico ne consiglino l'applicazione, tenuto conto della zona di provenienza dei soggetti e delle condizioni ambientali delle sedi in cui funzionano le istituzioni climatiche. Da detto certificato dovrà risultare che i soggetti sono stati sottoposti alla vaccinazione per via parenterale da non oltre due anni;

b) all'ottemperanza da parte del personale direttivo, di assistenza e di servizio, all'obbligo degli accertamenti sanitari occorrenti ai fini della profilassi delle malattie infettive;

c) all'idoneità dei locali e alla capacità ricettiva degli ambienti delle colonie, tenendo soprattutto presente l'efficienza dei servizi generali e degli impianti sanitari e la superficie dei dormitori;

d) alle modalità con cui viene assicurato, da una parte l'approvvigionamento idrico e, dall'altra, l'allontanamento e lo smaltimento dei rifiuti liquidi e solidi, trattandosi di servizi fondamentali per l'igiene e la sanità pubblica;

e) all'alimentazione. Al riguardo, per assicurare ai minori una dieta appropriata che possa soddisfare le esigenze del delicato periodo evolutivo, è stato raccomandato che per ogni collettività di minori venga predisposta, a cura del medico di colonia, un'apposita tabella dietetica, vistata dall'Ufficiale sanitario del luogo, contenente le seguenti indicazioni:

— qualità e quantità degli alimenti e bevande (al netto degli scarti sul crudo) corrispondenti a ciascun pasto;

— valore energetico, espresso in calorie, degli alimenti corrispondenti ai singoli pasti ed alla dieta giornaliera;

— quantità giornaliera di proteine, grassi e glucidi, risultante dalla composizione bromatologica degli alimenti.

F) *Circolare n.* 54 *del* 21-3-1967.

Per diffondere capillarmente il servizio medico-scolastico si prospetta la utilizzazione, ove non possa provvedersi in maniera più efficiente, dei medici condotti. Poiché i piccoli Comuni si trovano spesso in condizioni finan-

ziarie tali da non poter assicurare il funzionamento neanche della più semplice espressione del servizio, in particolare per quanto riguarda gli oneri derivanti dall'assunzione di apposito personale, il Ministero della Sanità ha richiamato l'attenzione dei Medici provinciali sul contenuto dell'articolo 13 — secondo comma — del D.P.R. 11-2-1961, n. 264, in base al quale, nei Comuni con popolazione inferiore a 30.000 abitanti, lo svolgimento dell'attività di medicina scolastica a carattere prevalentemente profilattico può essere affidato ai Medici condotti.

L'applicazione di tale disposizione non può che limitare notevolmente gli oneri finanziari di cui sopra.

A tale scopo i Medici provinciali si dovranno adoperare affinché i Comuni, la cui popolazione si giova prevalentemente dell'assistenza in regime mutualistico e previdenziale, non procedano alla soppressione di posti di sanitari condotti, ma che anzi provvedano ad indirizzare l'opera di questi medici verso altri campi dell'attività comunale, incominciando appunto da quello medico-scolastico il quale, com'è noto, riveste notevole importanza di natura preventiva e sociale.

Per far fronte, poi, alle carenze di attrezzature ambulatoriali, è stato rammentato che i Comuni con popolazione inferiore ai 25.000 abitanti possono richiedere ed ottenere dal Ministero della Sanità gli aiuti finanziari previsti dall'art. 14 del citato D.P.R. 11-2-1961, n. 264, assicurando che l'ammontare del contributo ministeriale per l'impianto degli ambulatori generici sarà determinato nella misura più alta possibile, fino a coprire quasi totalmente la spesa necessaria preventivata.

E' stata sottolineata, infine, la necessità che siano mantenuti cordiali e continuativi rapporti fra il personale sanitario e il personale dirigente e docente della scuola, la cui collaborazione deve considerarsi fattore indispensabile di riuscita per l'auspicato sviluppo del servizio di cui trattasi, nel superiore ed esclusivo interesse della popolazione scolastica.

V. - ACQUE MINERALI E STABILIMENTI TERMALI

Per quanto riguarda le acque minerali e gli stabilimenti termali (regolamentati dal R.D. 28 settembre 1919, n. 1924) l'attuale Divisione XI, prima incorporata come sezione nella Divisione VIII, ha svolto nel triennio 1965-1967 la seguente attività.

Ha emesso complessivamente n. 98 decreti di autorizzazioni allo smercio di acque minerali, e precisamente 94 per acque minerali nazionali, 3 per acque minerali estere, 1 per acqua minerale artificiale.

Ha rilasciato nulla osta all'esercizio ed all'apertura di 12 stabilimenti termali.

Un problema veramente importante è stato affrontato nel novembre del 1967 con la decisione di dare inizio al censimento delle acque minerali nazionali, sia per procedere ad un riesame delle ormai numerose concessioni, finora rilasciate, e sia per aggiornare la classifica ufficiale delle acque stesse, rimasta ferma al 1939.

Si ravvisa infatti la necessità di procedere a tale lavoro in quanto il numero delle acque minerali nazionali, e naturalmente l'uso ed il consumo di esse da parte dei cittadini, si è talmente incrementato in questi ultimi anni, da richiamare maggiormente l'attenzione di questo Ministero, anche per ovvi motivi di carattere igienico-sanitario.

Ha dato parere di competenza per il riconoscimento di 16 stazioni di cura, soggiorno e turismo.

Sono state trattate diverse pratiche inerenti a terapia fisica in stabilimenti termali ed è stata seguita continuamente la vigilanza sanitaria sulle piscine natatorie e sugli stabilimenti balneari.

Numerose le pratiche inerenti all'ammissione di pazienti per le cure presso lo stabilimento « Carlo Alberto » di Acqui Terme (Alessandria).

Sono state emanate le seguenti circolari:

Circolare n. 1 del 4-1-1966 (riguardante le etichette per i recipienti di acque minerali ed altri stampati accessori) con la quale, nel richiamare le norme che regolano la materia, viene precisato che anche per gli stampati accessori (bollini, collarini, ecc.) è necessario chiedere l'autorizzazione ministeriale in quanto debbono considerarsi parte integrante delle etichette.

Circolare n. 169 del 14-10-1966 (riguardante la vigilanza sanitaria sugli stabilimenti termali e sulla produzione e commercio delle acque minerali) nella quale vengono richiesti adempimenti sul controllo delle acque minerali, ed inoltre, al fine di dirimere contrastanti interpretazioni sulla legge 30-4-1962 n. 283, viene precisato che la citata legge non riguarda le acque minerali.

Circolare n. 66 del 18-4-1967 (riguardante la vigilanza sanitaria sugli stabilimenti termali e sulla produzione e commercio delle acque minerali) con la quale, nella imminenza della stagione estiva, si richiama l'attenzione dei Medici provinciali ad esercitare il controllo annuale sugli stabilimenti termali e su quelli di produzione e commercio di acque minerali, nonchè il controllo sull'uso delle autorizzazioni sanitarie delle predette acque.

Si è raccomandato particolarmente il controllo delle fondamentali caratteristiche fisico-chimiche e batteriologiche delle acque minerali, sia alle scaturigini che ai rubinetti di erogazione, quello della potabilità dell'acqua destinata al lavaggio dei recipienti vuoti, l'accertamento delle perfette condizioni igieniche delle zone di protezione delle sorgenti, delle opere di captazione e delle condotte di adduzione dell'acqua minerale e l'efficienza ed il buon funzionamento sia degli impianti di imbottigliamento che dei reparti

di cura termale. Con tale circolare è stata inoltre richiamata l'attenzione dei Medici provinciali sull'osservanza relativa alla direzione tecnica dei predetti stabilimenti, in quanto l'oculata, effettiva e responsabile opera dei direttori sanitari costituisce garanzia per il regolare funzionamento dei servizi in questione.

L'ufficio ha trattato pratiche riguardanti un problema attuale ed in via di sviluppo, quale quello del termalismo sociale.

Sono stati presi contatti anche per quanto riguarda il problema delle acque minerali nella C.E.E.

In occasione dell'alluvione del 4 novembre si è intervenuti per l'approvvigionamento di acque minerali alle popolazioni ed a Enti delle province colpite.

VI. - TURISMO

Tutte le competenze igienico-sanitarie in tema di turismo sono state unificate nella Divisione VII della Direzione Generale dell'Igiene Pubblica, permettendo così di impostare con criteri unitari, su basi tecniche moderne, lo studio dei provvedimenti necessari a risolvere i numerosi problemi igenico-sanitari del turismo, che ha tanta importanza nell'economia nazionale.

E' stato così possibile meglio definire le competenze sanitarie e dare un maggiore impulso ed un più moderno e tecnico orientamento, alla vigilanza su:

1) alberghi, pensioni, locande, bar e mescite, ristoranti e trattorie;

2) complessi recettivi minori di interesse turistico-sociale quali: ostelli per la gioventù, case di ferie e di riposo, campings;

3) aziende autonome di cura e soggiorno.

Una commissione paritetica composta da rappresentanti del Ministero della Sanità e del Ministero del Turismo e dello Spettacolo, insediata presso il Ministero della Sanità, ha preso in esame i problemi igienico-sanitari di comune interesse per le due Pubbliche Amministrazioni, impostando le possibili soluzioni tecniche, anche con l'esame dei relativi provvedimenti legislativi o amministrativi necessari.

Il tumultuoso sviluppo dei complessi ricettivi turistici, legato all'enorme ed imprevedibile espansione del movimento turistico verso il nostro Paese, verificatosi nell'ultimo decennio, ha provocato degli inevitabili inconvenienti, che in alcune province hanno determinato il sorgere di problemi igienico-sanitari di soluzione complessa, come quelli relativi all'approvvigionamento idrico e quelli relativi al pronto soccorso nelle stazioni balneari e nei centri di sports invernali.

Così, in tema di igiene alberghiera, è stato riesaminato il regolamento di igiene alberghiera n. 1102 del 24-5-1925, per aggiornare alcune prescrizioni igienico-sanitarie in esso contenute.

In particolare sono state riesaminate le prescrizioni relative ai minimi di cubatura delle camere da letto degli alberghi e delle pensioni, dato che tali prescrizioni, per i nuovi tipi di costruzione alberghiera, oggi così diffuse, da triplicare nell'ultimo decennio la recettività turistica italiana, non rispondono alle effettive necessità dell'igiene moderna.

Questo problema, impostato dalla Commissione e studiato dalla Direzione Generale competente, è stato portato all'esame del Consiglio Superiore di Sanità, il quale si è espresso favorevolmente per l'accettazione di nuovi e più moderni concetti in tema d'igiene alberghiera, fissando nuovi limiti minimi per la cubatura delle camere da letto degli esercizi alberghieri.

E' stato anche preso in esame l'aggiornamento delle dotazioni obbligatorie per le cassette di pronto soccorso negli alberghi, previste dallo stesso regolamento.

A mezzo di apposita circolare è stato provveduto a richiamare l'attenzione degli organi periferici del Ministero della Sanità sulla necessità di intensificare la vigilanza igienica degli esercizi commerciali, quali i bars, le trattorie e i ristoranti che rivestono uguale importanza e sul piano turistico e sul piano igienico-sanitario.

Sono stati esaminati i problemi di vigilanza sanitaria alla frontiera, al fine di snellire il più possibile le procedure di controllo sanitario per i turisti che vengono nel nostro Paese.

Per quanto riguarda i *campings,* che in questi ultimi anni si sono andati diffondendo in tutto il territorio nazionale, è stato provveduto a richiamare l'attenzione degli organi periferici del Ministero della Sanità su quanto dispongono la legge n. 326 del 21 marzo 1958 ed il regolamento di applicazione relativo del 20-6-1960. A mezzo di circolare è stato precisato che la recettività massima del camping deve essere stabilita in sede di istruttoria della domanda di autorizzazione, tenendo conto sia della superficie che delle attrezzature igieniche disponibili.

E' stata inoltre richiamata l'attenzione sulle raccomandazioni emanate nel 1961 dal Consiglio d'Europa in materia di *campings,* che tra l'altro sconsigliano l'approvazione di campings destinati ad ospitare più di 2000 persone, anche se hanno i requisiti di superficie, di disponibilità idrica e di servizi igienici idonei e proporzionati al numero di ospiti.

Per ciò che si riferisce al riconoscimento delle aziende autonome di cura e soggiorno, avvalendosi delle disposizioni legislative esistenti, è stato impostato su una base più moderna e più rispondente ai fini della sanità pubblica, il parere-nulla osta che il Ministero del Turismo chiede rutinariamente, a norma di legge, al Ministero della Sanità.

I Medici provinciali competenti, oltre ad accertare i requisiti previsti dal D.P.R. 27-8-1960, n. 1042, devono anche accertare le effettive disponibilità di acqua potabile nel territorio del Comune che chiede il riconoscimento di azienda autonoma di cura e soggiorno nonchè l'organizzazione del pronto soccorso per la balneazione o sulle piste da sci a seconda che trattisi di Comuni che hanno un movimento turistico indirizzato alla balneazione o alla pratica di sports invernali.

Nel contempo è stata predisposta una serie di interventi del Ministero della Sanità per migliorare l'organizzazione del pronto soccorso con particolare riferimento alle necessità delle diverse attività turistiche. Così è stata predisposta una serie di interventi a favore del miglioramento del pronto soccorso ai bagnanti, anche a mezzo di materiali didattici per corsi di pronto soccorso del personale addetto alla vigilanza negli stabilimenti balneari.

Per coloro che si dedicano ad attività subacquee è stato esaminato il problema del pronto soccorso agli infortunati da aeroembolismo; sono state individuate le camere iperbariche disponibili nel territorio nazionale, coordinandone gli orari ed il funzionamento anche con accordi con la Marina Militare.

E' stato inoltre effettuato un censimento delle piste da sci esistenti e dei servizi di pronto soccorso relativi.

VII. - MEDICINA SPORTIVA

Il Ministero della Sanità ha rivendicato il preminente interesse igienico-sanitario dello Stato nei confronti delle attività sportive, svolte al fine di preservare la salute della popolazione tutta.

L'Istituto Nazionale di Architettura in occasione della pubblicazione del piano quinquennale di sviluppo economico, che per la prima volta nella storia dei bilanci italiani ha iscritto in un apposito capitolo la voce « Sport », ha indetto un Convegno nazionale sulle attrezzature sportive. L'intervento nei lavori di questo Convegno da parte del Ministero della Sanità ha permesso di sottolineare le finalità sanitarie delle attività sportive.

Questa nuova impostazione data dal Ministero della Sanità ha avuto piena conferma nel VI Congresso Internazionale del Gruppo latino di medicina dello sport, che ha individuato in tale impostazione i futuri compiti della medicina sportiva.

Per predisporre i necessari strumenti, è stato impostato lo studio di una nuova norma igienica in tema di impianti sportivi: un'apposita Commissione di studio ha esaminato questo problema, predisponendo una ricognizione delle disposizioni esistenti, per un loro aggiornamento e ove occorra una completa revisione.

La medicina dello sport è regolamentata dalla legge 28 dicembre 1950, n. 1055, che poco risponde ai fini della nuova concezione sanitaria della tutela delle attività sportive.

Un'apposita Commissione di studio ha esaminato il problema, concludendo i suoi lavori con proposizioni normative, che sono state recepite dall'Amministrazione sanitaria in uno schema di legge, inviato per l'esame alle altre Amministrazioni dello Stato interessate.

In questa nuova legge, pur tenendosi in debito conto le necessità agonistico-sportive, si individua nello sport di massa una finalità preminentemente sanitario-sociale.

Il Comitato Olimpico Nazionale Italiano, il massimo organismo sportivo italiano, viene direttamente responsabilizzato nell'esercizio della tutela sanitaria delle attività sportive sotto la vigilanza del Ministero della Sanità e secondo le finalità indicate dall'Amministrazione Sanitaria.

Il problema del « doping » degli atleti, dannosa abitudine di assumere sostanze ad azione stimolante, invalsa ormai in alcune specializzazioni professionistiche sportive in tutti i Paesi del mondo, è stato affrontato dalla nuova legge sportiva, che ha vietato tale dannosa abitudine predisponendo le modalità dei controlli sanitari necessari, nonchè misure repressive nei confronti di coloro che contravvengono al divieto.

VIII. - MEDICINA DEL LAVORO

Per l'igiene e la medicina del lavoro si è provveduto, anzitutto, a richiamare in vigore disposizioni di legge esistenti, ma da diversi anni disattese, concernenti « la vigilanza sugli opifici e sugli stabilimenti in genere ove si compie lavoro in comune », art. 40 del T.U. Leggi Sanitarie, da parte degli Ufficiali Sanitari comunali.

La legge n. 303 del 19-3-1956, recante norme riguardanti l'igiene del lavoro, avrebbe potuto essere interpretata, in un certo senso, come una soppressione della competenza del Ministero della Sanità e un'attribuzione esclusiva della vigilanza in questo settore all'Ispettorato Medico del Lavoro (del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale). Il Ministero della Sanità ha invece, nel 1966, con circolare diretta a tutti i Medici provinciali, sottolineato la validità, tuttora in vigore, del disposto dell'art. 40 del citato T.U. LL. SS. Rimane pertanto ufficialmente sancita la necessità della collaborazione degli Ufficiali Sanitari comunali al controllo igienico degli stabilimenti industriali situati nei territori comunali di competenza per prevenire sia i danni alla salute degli operai sia eventuali danni all'abitato circostante.

Si ha motivo di affermare sin d'ora che quanto ha disposto questo Ministero in materia incrementerà la salvaguardia della salute degli operai e faciliterà l'applicazione delle disposizioni di legge in materia.

Sono stati esaminati diversi provvedimenti legislativi in tema d'igiene e di medicina del lavoro, il più importante dei quali è quello relativo alla istituzione del servizio medico di azienda obbligatorio.

Tale schema di disegno di legge era stato preparato nel 1964 in una prima edizione, nella quale, dal punto di vista della sanità pubblica e della prevenzione delle intossicazioni e malattie professionali dei lavoratori, non era stata tenuta in debita considerazione la necessità dell'indipendenza del medico di azienda dal datore di lavoro.

Si è predisposta al riguardo una relazione per il Consiglio Superiore di Sanità, ponendo in risalto le necessità sanitarie, che nel sopracitato schema non erano state valutate in giusta misura.

Il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, dimostrando una comprensione della quale è doveroso dare pubblicamente atto, ha sostituito il suddetto precedente schema di disegno di legge con uno nuovo (1967), nel quale sono stati in gran parte trasferiti i suggerimenti e le modifiche proposte dal Ministero della Sanità ed è stata sancita la necessità di garantire l'indipendenza giuridica, economica e disciplinare del medico di azienda dal datore di lavoro.

Sono stati inoltre esaminati numerosi disegni di legge relativi all'orario di lavoro, al riposo settimanale ed annuale dei lavoratori dipendenti e disegni di legge recanti norme di tutela per la maternità delle coltivatrici dirette, colone e mezzadre.

Sono stati presi in esame i problemi di medicina del lavoro connessi con gli inconvenienti igienici derivanti dalle industrie e lavorazioni insalubri.

E' stato, all'uopo, istituito un apposito comitato di studio, in seno al Consiglio Superiore di Sanità, che sta procedendo all'aggiornamento degli elenchi delle lavorazioni insalubri, la cui prima redazione risale al 1912 ed i successivi aggiornamenti (parziali) sono del 1924 e del 1927 (l'ultimo).

E' stata attuata una revisione dei rispettivi compiti del Ministero della Sanità e del Ministero dell'Interno, al livello sia centrale che periferico, per quanto concerne la disciplina dell'impiego dei gas tossici.

IX. - IGIENE AMBIENTALE

1. Lotta contro l'inquinamento delle acque superficiali.

Il problema della salvaguardia igienica delle acque superficiali va facendosi particolarmente importante, in considerazione anche del fatto che

ad esso è legato, per molti aspetti, il progresso economico e sociale delle popolazioni.

Sono infatti in continuo aumento le necessità e le richieste di acqua per l'agricoltura, per l'industria e le attività ricreative, ecc. A ciò è da aggiungere che, a mano a mano che vanno esaurendosi o comunque rendendosi insufficienti le tradizionali risorse idriche sotterranee per l'approvvigionamento idrico delle popolazioni, è da attendersi un sempre maggiore ricorso per gli usi potabili anche alle acque di superficie; ciò che del resto, come è noto, si verifica su larga scala in moltissimi Paesi.

L'insieme di tali usi potrebbe però trovare ostacolo nell'inquinamento che le acque superficiali vanno sempre più accusando, a causa dei rifiuti liquidi domestici e, soprattutto, industriali che in esse vengono scaricati. Viene da ciò l'assoluta necessità di assicurarne, a costo di qualsiasi sacrificio, la conservazione nelle migliori condizioni igieniche possibili.

In tal senso non si è mancato di intervenire in numerose situazioni locali, come ad esempio per il miglioramento delle condizioni dei fiumi: Liri, Ronco, Chiampo, Seveso, Bormida, ecc., nonché per quanto riguarda la falda idrica che approvvigiona la città di Milano.

In particolare, gruppi di studio promossi dal Ministero della Sanità per i fiumi Bormida e Ronco e per i laghi mantovani hanno operato fino all'inizio del 1967, sostituiti poi da una speciale Commissione istituita presso il Consiglio Superiore dei LL.PP., di cui fa parte il Ministero della Sanità, per l'avviamento a soluzione dei casi più importanti, in attesa che divenga operante la legge sugli inquinamenti delle acque recentemente approvata dal Consiglio dei Ministri.

A tale Commissione il Ministero della Sanità ha segnalato finora i problemi riguardanti i fiumi Ronco e Bormida, i laghi mantovani, il fiume Versilia, l'approvvigionamento idrico di Livorno ed il lago di Varese. La Commissione ha sinora esaminato i problemi della Bormida, del Ronco e dei laghi mantovani, mentre sono in corso i lavori per il lago di Varese e l'approvvigionamento idrico di Livorno.

Sono stati poi ripresi ed affrontati dagli uffici della Direzione Generale, nel corso di questo ultimo anno (1967), altri gravi problemi, come quello dei detergenti e quello dell'inquinamento delle acque da idrocarburi, problemi per i quali è stata richiesta anche la consulenza della Commissione del Consiglio Nazionale delle Ricerche per lo studio a livello tecnico-scientifico delle questioni relative ad inquinamenti.

Inoltre sono in corso di attuazione alcune indagini particolari, fra cui si ricordano quelle sull'approvvigionamento idrico in Italia e sugli impianti di trattamento dei rifiuti industriali (limitatamente, per ora, alle industrie conciarie ed agli zuccherifici).

Nel triennio considerato sono stati concessi contributi per 450 milioni sul Cap. 1161/3, concernente piccoli interventi per il miglioramento e l'incremento dei servizi inerenti all'igiene del suolo e dell'abitato.

Sono stati invece elargiti contributi per L. 100.800.000 sul Cap. 1163/1, concernente sussidi e contributi per studi e ricerche per la difesa dell'igiene del suolo, dell'ambiente e dell'abitato.

2. Approvvigionamento idrico delle isole minori.

L'Amministrazione sanitaria ha provveduto, con il concorso del Ministero della Difesa-Marina, all'approvvigionamento idrico dei Comuni delle isole minori, ai sensi delle leggi 9 maggio 1950, n. 307 e 3 giugno 1959, n. 402.

E' da rilevare al riguardo che i bisogni dei Comuni isolani sono andati crescendo con ritmo assai sostenuto in questi ultimi anni, in rapporto sia all'aumento della popolazione sia, soprattutto, allo sviluppo del movimento turistico, anche per la diffusione dello sport della pesca subacquea.

Poiché le disposizioni delle leggi citate risultavano inadeguate, sia per quanto atteneva agli impegni finanziari in essa previsti e sia, soprattutto, perché non assicuravano a tutte le isole minori l'indispensabile rifornimento di acqua, l'Amministrazione ha predisposto uno schema di disegno di legge che, modificando ed integrando le attuali disposizioni, consente: 1) di estendere l'intervento statale a tutte le isole minori; 2) di concedere adeguati contributi ai Comuni isolani per la gestione e la manutenzione dei propri impianti; 3) di acquistare particolari contenitori galleggianti trainabili sul mare; 4) di potenziare e rinnovare, almeno in parte, la ormai vetusta flotta cisterniera impiegata per il rifornimento delle isole.

Di recente è divenuta operante la relativa legge n. 378 del 19 maggio 1967, la quale estende a tutte le isole minori i compiti previsti dalle precedenti leggi 9-5-1950, n. 307 e 3-5-1959, n. 402. Tale nuova normativa ha comportato per questa prima fase di attuazione un intenso lavoro e frequenti riunioni.

E' chiaro peraltro che la soluzione radicale del problema (anche sotto il profilo economico), che prescinda dai rifornimenti idrici con navi cisterne, potrà essere raggiunta solo se le isole saranno poste in condizioni di provvedere in modo autonomo all'approvvigionamento idrico delle popolazioni (impianti che utilizzino le risorse idriche locali, acquedotti sottomarini, impianti di dissalazione, ecc.).

Per addivenire ad una concreta definizione del problema in tal senso, l'Amministrazione Sanitaria ha già posto sul tappeto la questione, richiedendo, per la scelta delle soluzioni e per la consecutiva realizzazione delle

opere necessarie, una valida collaborazione del Consiglio Nazionale delle Ricerche e del Ministero dei LL.PP.

Le spese sostenute dal Ministero della Sanità nel triennio per l'approvvigionamento idrico delle Isole Minori sono state:

— sul Cap. 1146 (rimborso al Ministero Difesa-Marina delle spese sostenute per la provvista di acqua in comuni isolani): L. 2.250.000.000;

— sul Cap. 1171, di nuova istituzione ai sensi dell'art. 5 della legge 19-5-1967, n. 378 (contributi ai comuni isolani per la gestione e manutenzione delle opere idriche già esistenti) nel 1967: L. 27.000.000.

Altra attività — che, in certo modo, può influire, sia pure indirettamente, sulla lotta contro gli inquinamenti delle acque — è l'esame dei regolamenti comunali di acquedotti e fognature.

Si segue infatti la prassi di suggerire, in tali occasioni, l'inserimento, qualora non vi siano già contemplate, di norme atte a disciplinare gli scarichi di industrie, ad evitare risucchi fra le condotte fognanti e quelle idriche, ecc.

Si ricorda infine che la Direzione Generale Igiene Pubblica, da diverso tempo, riceve, per l'inoltro al Consiglio Superiore di Sanità, le pratiche relative a richieste di brevetti di invenzione riguardanti la competenza d'ufficio. Le pratiche, trasmesse dal Ministero dell'Industria e del Commercio, dopo attento studio nei riguardi degli aspetti igienici dell'invenzione, vengono sottoposte all'esame del Consiglio Superiore di Sanità.

3. - Lotta contro la malaria.

Anche nel triennio in esame non si sono verificati in Italia casi di malaria primitiva autoctona, grazie alle intense misure di lotta antianofelica e alla continua azione di profilassi e di sorveglianza dei casi di malaria segnalati (importata, trasfusionale, recidiva), poiché è proseguita ulteriormente la lotta per il consolidamento dei risultati raggiunti di eradicazione del parassita, mediante l'individuazione e la bonifica dei casi.

Inoltre, sono state condotte ricerche qualitative e quantitative sulle specie anofeline vettrici; indagini sulla resistenza agli insetticidi; disinfestazione con insetticidi di contatto, ad azione residua, di abitazioni e locali situati in territori già con forte anofelismo, ad opera degli Uffici Sanitari provinciali e dei Comitati Antimalarici delle province aventi Comuni soggetti ancora a dichiarazione di zone ad endemia malarica.

D'altra parte si è proceduto, previo accertamento delle condizioni idrotelluriche e dell'anofelismo vettore, alla rettifica e alla revoca di numerose dichiarazioni di zone ad endemia malarica, e si sta studiando l'opportunità

e la possibilità di trasformare i Comitati antimalarici in Centri di lotta contro le malattie da artropodi.

Si fa presente infine che, presso l'O.M.S., è in corso di esame la certificazione ufficiale di eradicazione della malattia dal territorio nazionale.

Per quanto riguarda i dati epidemiologici, i casi di malaria registrati nel triennio sono stati 123, nessuno dei quali autoctono. Dei 123 casi importati, 105 risultano accertati emoscopicamente, mentre per i rimanenti 18 la diagnosi di sopetto non è stata convalidata dagli esami di laboratorio.

4. - Lotta contro gli insetti.

Sebbene la lotta contro le mosche e gli altri artropodi vettori di agenti patogeni, nocivi o comunque molesti (es. pappataci, culicoidi, aedine, zecche, ecc.) sia per legge devoluta agli Enti locali, l'Amministrazione sanitaria è intervenuta ad assicurare in molte zone la disinfestazione contro tali insetti, di pari passo con le operazioni di lotta antianofelica, ed ha provveduto ad integrare i servizi comunali là dove è stato necessario, sia in considerazione dell'importanza e del ruolo che tali insetti — in primis la mosca domestica — svolgono nella trasmissione di ben note gravi malattie (es. infezione tifoidea, dissenteria bacillare, poliomielite, arbor-virus, ecc.), sia in considerazione dell'enorme disagio e fastidio che essi arrecano alle popolazioni locali ed ai turisti, fino ad impedirne il riposo ed il sonno (es. a Marghera, al Lido delle Nazioni, a Castiglione della Pescaia, a Orbetello, al Lago di Chiusi, ecc.).

I risultati di tale lotta divengono sempre più lusinghieri, essendosi ottenuta nelle zone di intervento una notevolissima riduzione della densità sia della mosca domestica sia degli altri insetti nocivi e molesti.

Per la lotta contro la malaria (profilassi ed assistenza sanitaria compresa) e contro le mosche ed altri artropodi vettori di agenti patogeni, nocivi e molesti, sono stati acquistati e distribuiti ai Medici Provinciali, ai Comitati Provinciali antimalarici ed a numerosi Comuni, che ne hanno fatto richiesta, insetticidi e medicamenti le cui spese per il triennio, imputate sugli appositi capitoli di bilancio 1163/2 e 1144, sono ammontate a L. 2.253.475.000.

5. - Servizi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti solidi urbani. Polizia mortuaria e trapianto di organi. Regolamenti locali.

La materia relativa ai rifiuti solidi è disciplinata dalla legge n. 366, che risale al 20 marzo 1941. Questa legge, però, rispecchiando in tutta la sua normativa l'ordinamento politico amministrativo del nostro Paese quale esso era nel passato regime, in relazione anche ai noti eventi bellici, non si concilia con lo spirito dei tempi attuali.

In particolare, tale materia intendeva perseguire fini autarchici che non trovano, oggi, più nessuna rispondenza di pratica attuazione. La necessità, pertanto, di disporre di una nuova normativa è stata presa in debita considerazione da parte della Direzione Generale, la quale, con una dettagliata relazione per il Consiglio Superiore di Sanità in data 3 luglio 1967, ha ritenuto promuovere sulla questione il parere del superiore Consesso.

Il Consiglio Superiore di Sanità, con voto del 20 luglio 1967, mentre ha espresso parere favorevole alla elaborazione di una normativa per la materia di cui trattasi, ha suggerito — nel contempo — la costituzione di un'apposita Commissione per lo studio di essa.

I lavori della Commissione, cui hanno partecipato funzionari medici del competente Ufficio, sono stati iniziati con l'esame dettagliato di tutti i problemi tecnici ed organizzativi inerenti ai sistemi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti solidi urbani, al fine di trovare realistiche soluzioni a tutte le esigenze di ogni singolo Comune in rapporto alle particolari condizioni ambientali topografiche ed igienico-sanitarie.

All'uopo è stata altresì diramata a tutti i Medici Provinciali la circolare n. 117 del 13 luglio 1967, con la quale veniva richiesto l'invio di alcuni dati concernenti i vari sistemi di raccolta, trasporto e smaltimento, impiegati nei rispettivi capoluoghi di provincia e nei centri urbani: ciò onde disporre di elementi concreti di giudizio per l'elaborazione di una nuova normativa in perfetta adeguatezza alle diverse esigenze locali.

In attesa, però, di una definizione di tale nuova normativa, non si è mancato di emanare istruzioni, tramite circolari, ai Medici Provinciali, perché svolgessero la loro azione presso le Amministrazioni Comunali, allo scopo di migliorare i servizi di nettezza urbana stimolando i Comuni più importanti a fornirsi di impianti d'incenerimento o di trasformazione dei rifiuti per uso agricolo.

In occasione, inoltre, della manifestazione di peste suina, la Direzione Igiene Pubblica ha emanato circolari ai Medici Provinciali per una efficace vigilanza sul trattamento di bonifica dei rifiuti destinati all'allevamento di bestiame e sull'interramento dei suini abbattuti onde evitare qualsiasi pericolo d'inquinamento delle falde idriche.

Inoltre, a norma della legge 20-3-1941, n. 366, sono stati omologati, durante il triennio 1965-'67, n. 465 regolamenti di nettezza urbana.

Per quanto riguarda la polizia mortuaria, oltre all'esame ed omologazione dei regolamenti locali ed a numerose altre pratiche, sono state trattate n. 200 richieste di tumulazioni privilegiate.

Sono state rilasciate, altresì, durante detto triennio, 15 autorizzazioni per il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, a norma della legge 3-4-1957, n. 235.

Con relazione in data 25 maggio 1965, elaborata da questa Direzione, è stata sottoposta al Consiglio Superiore di Sanità la richiesta di integrazione dell'art. 1 della legge 3 aprile 1957, n. 235, relativa all'aggiunta del rene e sue parti fra le parti di cadavere da prelevarsi a scopo di trapianto terapeutico.

Tale integrazione all'articolo 1 è stata approvata con D.P.R. 3 settembre 1965, n. 1156.

Inoltre, sono stati definiti provvedimenti di carattere giuridico-amministrativo e tecnico-igienico-sanitario, in seguito ai vari quesiti posti dagli Uffici periferici.

Per quanto concerne gli inconvenienti igienici, è stato esaminato un rilevante numero di esposti, che hanno oltre tutto permesso di conoscere anche le deficienze igienico-sanitarie di vari Comuni, permettendo così di invitare gli Uffici competenti ad adottare i provvedimenti del caso.

In merito ai regolamenti locali, durante il triennio sono stati esaminati n. 188 regolamenti d'igiene; n. 182 regolamenti di polizia urbana; n. 134 regolamenti di polizia rurale; n. 252 regolamenti di polizia mortuaria; n. 465 regolamenti di nettezza urbana; n. 950 regolamenti di barbieri e parrucchieri; n. 164 regolamenti edilizi.

Un cenno particolare merita l'attività espletata in tema di trapianto renale. Con legge 26 giugno 1967, n. 458, è stata resa esecutiva la possibilità del trapianto del rene tra persone viventi.

In base alla norma dell'articolo 8, è stato predisposto lo schema di regolamento per l'esecuzione della citata legge.

In tale schema si sono fornite tutte le chiarificazioni alle norme di legge in parola e ciò per assicurarne un'esatta esecuzione pratica.

Si son dovute pertanto approfondire le conoscenze atte a specificare il concetto di qualificazione scientifica, voluta dalla legge, per poter giudicare quali Istituti possano essere autorizzati al prelievo e trapianto del rene dal vivente.

A tal fine, è stato necessario prendere cognizione diretta di tutte le attrezzature di cui dovrebbe disporre un reparto adibito a trapianti renali, sia sul piano chirurgico e dei trattamenti medico-terapeutici particolari del nefropatico, sia su quello delle complesse ricerche di laboratorio (istobiologiche e scientifiche).

Sono state regolamentate, nel predetto schema, anche questioni concernenti il personale sanitario addetto al trapianto renale che, secondo quanto è previsto dalla legge, deve anch'esso rientrare in quel livello di qualificazione scientifica stabilito per gli Istituti.

In tale schema, inoltre, si è affrontato il problema del donatore del rene e del ricevente il trapianto, indicando la documentazione necessaria per giudicare validamente l'idoneità del donatore sotto l'aspetto dell'istocompatibilità nonché l'indicazione clinica del trapianto.

In attesa della definitiva approvazione di detto schema, sono state già elaborate, in esecuzione del disposto dell'articolo 3 della legge 26-6-1967, n. 458, le relazioni in data 11-12-1967 per il Consiglio Superiore di Sanità, in seguito alle richieste di autorizzazioni al « prelievo di rene da persone viventi » avanzate da parte della Clinica Chirurgica Generale e Patologia Medica dell'Università di Napoli, nonché dalla II Clinica Chirurgica dell'Università di Roma.

6. - Progetti di opere igieniche.

Come è noto, il « superdecreto » del 15-3-1965 (con le successive proroghe) ha demandato l'approvazione dei progetti di opere igieniche agli organi periferici del Ministero dei LL.PP., sospendendone l'esame da parte del Consiglio Superiore e dei Consigli Provinciali di Sanità. Pertanto, a partire da quella data, solo un modesto numero di progetti è arrivato per il parere di competenza a questo Ministero, e cioè quelli concernenti l'Agricoltura e Foreste e quelli concernenti opere di particolare importanza, avocate dal Ministero dei LL.PP. all'esame degli organi centrali.

Fra i principali progetti esaminati si ricordano quelli relativi ad un lotto dell'ampliamento dell'Acquedotto del Peschiera, nonché ad un importante lotto dell'acquedotto per Civitavecchia - Tarquinia - Santa Marinella (1967).

In tema di acquedotti e fognature, mentre si sottolinea l'opportunità già più volte auspicata di un ritorno dei progetti all'esame degli Organi sanitari, si prospetta l'intendimento, da parte della Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica, di istituire appena possibile la qualifica di « tecnici sanitari » di acquedotti e fognature, con relative scuole e corsi di preparazione.

7. - Vigilanza periodica sulle opere igieniche.

Attraverso l'esame dei prospetti trimestrali inviati dai Medici Provinciali è stata svolta un'assidua opera di sorveglianza sanitaria sugli acquedotti e le fognature.

Purtroppo l'esame di tali prospetti continua ad evidenziare la deplorevole situazione esistente, nei riguardi dell'approvvigionamento idrico e dello smaltimento dei liquami, in numerosi comuni italiani, sia a causa della inadeguatezza e vetustà dei manufatti, sia, talvolta, anche per la carenza della manutenzione.

E' da osservare inoltre che non è raro riscontrare tuttora, in numerosi centri abitati, un approvvigionamento idrico effettuato mediante mezzi addirittura primitivi e spesso irrazionali dal punto di vista igienico, quali pozzi mal costruiti ed irrazionalmente utilizzati — talora persino ubicati in vicinanza a pozzi neri assorbenti — cisterne mal costruite e mal tenute; o addirittura

mediante acque superficiali che, in assenza di idonei processi di potabilizzazione, non offrono alcuna garanzia dal punto di vista igienico.

La preoccupazione maggiore, poi, in questa epoca di grande sviluppo industriale (a tutti i livelli, anche a quello artigianale) con scarichi indiscriminati dei rifiuti di lavorazione, è quella della comparsa di sostanze tossiche in acqua prelevata ad uso potabile. Tale evento si è verificato già più di una volta, finora — fortunatamente — senza conseguenze per la salute umana, ma nessuno può garantire che spiacevoli sorprese non possano aversi in futuro se non si attuano norme severe per la disciplina degli scarichi.

L'Amministrazione sanitaria, purtroppo, per quanto riguarda tali gravi carenze e inconvenienti, non può far altro che segnalare, come segnala, tali situazioni agli Enti competenti (Ministero LL.PP., Ministero Agricoltura e Foreste, Cassa per il Mezzogiorno, ecc.) allo scopo di sollecitare finanziamenti per le necessarie opere acquedottistiche.

E' da sperare che il Piano Regolatore Generale degli Acquedotti, elaborato, in base alla legge 4-2-1963 n. 129, da una Commissione interministeriale di cui hanno fatto parte anche rappresentanti di questo Ministero (piano testè pubblicato dal Consiglio Superiore dei LL.PP.) possa avviare a risoluzione l'importante problema.

Per quanto riguarda, invece, la parte di sua competenza, questo Ministero è intervenuto presso i medici provinciali impartendo le opportune disposizioni nonché inviando materiali di emergenza, quali apparecchi potabilizzatori, sostanze potabilizzanti ecc.

X. - LOTTA CONTRO L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO

L'azione del Ministero della Sanità nel campo della prevenzione dell'inquinamento atmosferico, che ha condotto fra l'altro, come è noto, alla promulgazione della legge n. 615 del 13-7-1966, è stata rivolta nel triennio decorso anche all'esame di piccoli e grandi problemi locali di inquinamento atmosferico, legati prevalentemente a industrie.

Sul piano legislativo, appariva urgente disciplinare, con una legge di portata nazionale, il grave fenomeno dell'inquinamento dell'aria, tipica espressione negativa della civiltà moderna e di entità proporzionale allo sviluppo del tenore di vita (per l'aumento degli impianti di riscaldamento e del traffico motorizzato e per il moltiplicarsi delle installazioni industriali). Tale problema, già assurto a proporzioni impressionanti nelle Nazioni più evolute, ha avuto anche in Italia, in questi ultimi anni, un crescendo allarmante, sì da sensibilizzare vivamente l'opinione pubblica. La sua soluzione peraltro si prospettava tutt'altro che facile, a causa sia della vastità ed etero-

geneità dei settori interessati e degli enormi fattori economici in giuoco, sia della diversità delle varie situazioni locali.

Nel recepire le istanze della popolazione e i suggerimenti degli esperti più qualificati, la Direzione Generale dei Servizi di Igiene Pubblica ha intrapreso una lunga e assidua opera di raccolta di dati e di proposte, che ha permesso l'elaborazione di un disegno di legge-quadro (recante cioè una normativa di carattere generale) sul quale si sono svolti discussioni e dibattiti, dapprima in sede di commissioni di studio e di concerto interministeriale, poi alle Camere, attraverso un iter legislativo particolarmente protratto e tormentato; infine il progetto di legge ha visto la luce come legge n. 615 del 13-7-1966.

Tale normativa, peraltro, abbisogna — per divenire pienamente operante — di essere integrata dal relativo, e previsto, regolamento di esecuzione. Fu stabilito che quest'ultimo venisse elaborato separatamente per i singoli capitoli della legge stessa (impianti termici civili, autoveicoli, industrie). La parte relativa agli impianti termici civili ha avuto la precedenza; questa dettagliata codificazione di istruzioni e prescrizioni tecniche — che si compendia in un volume di oltre cento pagine — è stata a sua volta sancita come legge dello Stato dal Presidente della Repubblica con Decreto Presidenziale n. 1288 del 24 ottobre 1967, pubblicato sul supplemento della Gazzetta Ufficiale in data 9 gennaio 1968. Va sottolineato che, con la messa a punto di tale corredo legislativo (tecnicamente completo e aggiornatissimo), il nostro Paese si può collocare veramente in prima linea tra le Nazioni più progredite, che hanno provveduto a disciplinare la materia con precise norme di legge.

La parte del regolamento di esecuzione che concerne l'inquinamento atmosferico da autoveicoli a motore Diesel si trova attualmente in fase di avanzata preparazione. Per gli altri settori (autoveicoli a benzina, industrie) si stanno attivamente raccogliendo gli elementi preparatori. In particolare, per quanto riguarda il vastissimo campo degli effluenti di natura industriale (ovviamente, di composizione quanto mai varia), si è reso opportuno iniziare una serie di sopralluoghi presso gli stabilimenti industriali; a tale compito attendono, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, funzionari tecnici della Divisione — appositamente costituita in seno alla Direzione Generale con D.M. 19 luglio 1967 — per la lotta contro l'inquinamento atmosferico.

In data 21 gennaio 1967 è stata insediata la Commissione Centrale contro l'inquinamento atmosferico, prevista dalla legge 615, che ha tenuto diverse riunioni; sono in corso di costituzione i Comitati Regionali di cui all'art. 5.

Con D. M. 23-11-1967 è avvenuta la ripartizione dei principali comuni del territorio nazionale nelle zone « A » e « B » previste dalla legge.

Frattanto, la Divisione per la lotta contro l'inquinamento atmosferico, in stretta collaborazione con funzionari tecnici dell'Istituto Superiore di Sanità, ha realizzato, sul piano esecutivo, numerosi interventi tendenti a risolvere gravi situazioni di inquinamento atmosferico segnalate in varie località d'Italia. Fra tutti, si citano i seguenti:

— si è provveduto a normalizzare la situazione igienico-sanitaria della zona circostante lo stabilimento per la produzione di alluminio della « Montedison » di Mori (Trento), in cui si era verificato un massiccio inquinamento atmosferico con numerosi disturbi fra la popolazione (sono state installate le idonee apparecchiature di depurazione, in ottemperanza alle prescrizioni del Ministero della Sanità);

— nell'analogo stabilimento di Bolzano è stata pure installata apparecchiatura del genere (elettrofiltri), a seguito dell'intervento del Ministero;

— è stata svolta una assidua opera di vigilanza sulle lavorazioni dello stabilimento C.I.P. di Fidenza (Parma) che produce piombo tetraetile, e che in passato ha dato luogo a numerosi gravi inconvenienti igienici, con pericolo per la salute pubblica e conseguente vivissimo malcontento fra la popolazione; il Ministero della Sanità ha prescritto gli accorgimenti da adottare nello stabilimento e ne ha controllato rigorosamente l'attuazione. Allo stato attuale, la situazione si è normalizzata;

— sono stati prescritti i provvedimenti necessari alla limitazione degli inconvenienti prodotti dallo stabilimento « Etruria » di Fiesole (Firenze) produttore di acido solforico;

— sono in corso gli studi tendenti a ovviare all'inquinamento da polveri originato dal Cementificio di Sassoferrato (Ancona);

— è stato prescritto quanto necessario alla eliminazione, o almeno diminuzione dell'inquinamento atmosferico prodotto dallo stabilimento B.P.D. di Colleferro (esteri fosforici) e dal Cementificio della Società Calci e Cementi, pure di Colleferro;

— si è provveduto a limitare l'inquinamento prodotto dalla Centrale termoelettrica dell'E.N.E.L. nella Valle del Mercure (Cosenza);

— è stato notevolmente ridotto l'inquinamento atmosferico causato da alcuni stabilimenti nella zona industriale di Massa Carrara, mediante l'installazione — prescritta dal Ministero della Sanità ed attuata dagli interessati — di idonei sistemi di abbattimento degli effluenti.

XI. - MEDICINA NUCLEARE E DIFESA CIVILE

Nel settore della vigilanza e controllo dell'impiego di energia radiante e della difesa contro i danni prodotti dalle radiazioni jonizzanti, la Direzione Generale Igiene Pubblica ha apportato un fondamentale contributo nella for-

mulazione e messa a punto di alcuni importanti provvedimenti legislativi (occorre ricordare che le norme del D.P.R. 13-2-1964, n. 185, promulgato per disciplinare la complessa materia, si sono dimostrate solo in parte applicabili, in quanto alla legge non hanno fatto seguito, con sufficiente tempestività, tutti quei provvedimenti integrativi che la legge stessa prevedeva). In proposito va sottolineato che, in armonia alle procedure già in precedenza adottate, la definizione e l'emanazione dei provvedimenti normativi, nel settore nucleare, sono state concretate anche per la parte sanitaria a livello interministeriale, con la partecipazione del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato.

Si richiamano, qui di seguito, le disposizioni normative che, d'intesa con il Ministero della Sanità, sono state emanate o sono in attesa di prossima emanazione:

1) Determinazione delle attività delle sostanze radioattive ai fini della classificazione degli esercizi commerciali di cui all'art. 32 del D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185 (D. Ministero Industria e Commercio di concerto con il Ministero della Sanità, 15-6-1966).

Con detto decreto sono divenute operanti le disposizioni di cui all'articolo 32 del D.P.R. 13-2-1964, n. 185, per quanto attiene all'esercizio del commercio delle materie radioattive; sono stati infatti fissati i limiti di quantità di radioattività delle sostanze radioattive conservate in contenitori integri, delle quali è consentita la detenzione nei locali destinati al commercio (esercizi commerciali di categoria A).

E' evidente l'importanza che — ai fini della limitazione dei pericoli ambientali per la presenza di sostanze radioattive — deriva all'emanazione del provvedimento sopra indicato.

2) Determinazione dei valori di quantità totale di radioattività, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2°, della legge 31 dicembre 1962, n. 1860, modificato dall'art. 2 del D.P.R. 30-12-1965, n. 1704 (D. Min. Industria e Commercio, d'intesa con il Ministero della Sanità, 27-7-1966).

L'importanza del suddetto decreto — alla cui formulazione tecnica la Direzione Generale ha dato un apporto preminente — si configura nei riflessi che la disciplina in materia di trasporti di sostanze radioattive riveste ai fini della tutela sanitaria della popolazione; con tale decreto, infatti, sono state fissate le modalità di trasporto dei nuclidi radioattivi in funzione della quantità totale di radioattività delle suddette materie, di cui vengono altresì stabiliti i valori.

3) Modalità relative alla denunzia di detenzione e alla tenuta della contabilità delle materie radioattive ai sensi e per gli effetti dell'art. 30 del D.P.R. 13-2-1964, n. 185, e determinazione dei valori di quantità totale di

radioattività delle materie radioattive ai sensi e per gli effetti degli articoli 3 e 13 della legge 31-12-1962, n. 1860, modificati rispettivamente dagli articoli 1 e 3 del D.P.R. 30-12-1965, n. 1704 (D. Ministero Industria e Commercio, elaborato con la collaborazione del Ministero della Sanità, 27-7-1966).

4) Denunzia di detenzione, tenuta della contabilità, impiego delle materie radioattive: D.M. 27-7-1966 in esecuzione dell'art. 30 del D.P.R. 13-2-1964, n. 185 e degli articoli 3 e 13 della legge 31-12-1962, n. 1860, modificati rispettivamente dagli articoli 1 e 3 del D.P.R. 30-12-1965, n. 1704 (circolare del Ministero Industria e Commercio, elaborata con la collaborazione del Ministero della Sanità, diramata a tutti gli Uffici sanitari provinciali).

Il decreto in questione — il cui contenuto è stato illustrato ed integrato da istruzioni diramate con apposita circolare, inviata per competenza anche agli Uffici sanitari provinciali — nel fissare le modalità di denunzia e di detenzione delle materie radioattive e nel prescrivere la tenuta delle contabilità di carico e scarico di dette sostanze, costituisce un elemento normativo di base per poter esercitare una idonea vigilanza sull'impiego delle sorgenti di radiazioni jonizzanti ai fini della protezione sanitaria della popolazione; infatti nell'ambito dei criteri normativi contenuti nel decreto in questione e nella circolare successiva potrà essere svolta una efficiente azione di controllo, considerate le modalità che caratterizzano l'impiego delle sorgenti radioattive, di cui al decreto medesimo.

5) D.P.R., per iniziativa del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale di concerto con il Ministero della Sanità, col quale vengono stabilite le modalità per l'iscrizione nell'elenco nominativo degli « esperti qualificati » nonché per l'accertamento della capacità tecnica e professionale e dell'idoneità fisica, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 13-2-1964, numero 185 (in corso di emanazione).

Trattasi di un decreto presidenziale, prossimo a completare l'iter legislativo, che sarà emanato d'intesa con il Ministro della Sanità: con l'esecuzione delle norme di cui al menzionato decreto — la strutturazione del quale è stata formulata dal Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, sulla base dei molteplici schemi proposti e tenuto conto delle osservazioni tecniche, dei suggerimenti, degli emendamenti formulati — potrà finalmente esser colmata una lacuna che finora ha praticamente ostacolato l'applicazione delle norme sulla sorveglianza medica e fisica delle persone esposte professionalmente alle radiazioni jonizzanti. Tali norme non trovavano esecuzione, in quanto carenti delle disposizioni per il riconoscimento della figura di « esperto qualificato ».

6) Decreto del Ministro per il Lavoro e la Previdenza Sociale, di concerto con il Ministro della Sanità, per la determinazione delle dosi e concentrazioni massime ammissibili, ai sensi dell'art. 87 del D.P.R. 13-2-1964, n. 185 (in corso di emanazione).

7) Decreti del Ministro della Sanità, in applicazione degli articoli 108 (situazioni eccezionali), 110 (esenzioni) e 111 (determinazione delle dosi e concentrazioni massime ammissibili), di cui al D.P.R. 13-2-1964, n. 185 (in corso di emanazione).

L'emanazione dei decreti suddetti rappresenta un elemento di base indispensabile per l'applicazione di tutta la normativa in materia di radioprotezione: la loro formulazione, svolta con la collaborazione dei fisici dell'Istituto Superiore di Sanità, ha richiesto un approfondito studio, considerata l'importanza che assume lo stabilire i valori delle dosi e delle concentrazioni massime ammissibili per i singoli individui e per la popolazione.

8) Schema di regolamento per il riconoscimento dell'idoneità all'esercizio tecnico degli impianti nucleari (redatto dal Ministero Industria e Commercio, con la collaborazione del Ministero della Sanità) in corso di approvazione.

Lo schema di regolamento di cui sopra — per l'elaborazione del quale il Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato si è avvalso della collaborazione del Ministero della Sanità, onde tenere in giusto conto gli aspetti tecnico-sanitari attinenti alla sicurezza nucleare — rappresenta, così come altri provvedimenti, un elemento preminente in tema di esercizio tecnico degli impianti nucleari; con esso infatti vengono a essere disciplinate le modalità per l'accertamento della capacità tecnica e professionale e dell'idoneità fisica ai fini del rilascio della « patente » per l'esercizio degli impianti nucleari.

Alla concreta partecipazione data dalla Direzione Generale a livello interministeriale per la definizione normativa di parte dei problemi più impellenti in materia di protezione sanitaria e sicurezza nucleare, si affianca, sul piano applicativo e di routine, l'assidua opera svolta dagli uffici del Ministero della Sanità per adeguare — in senso più funzionale — i compiti degli Uffici sanitari provinciali nel settore della vigilanza sull'impiego delle sorgenti di radiazioni jonizzanti.

Si riportano, qui di seguito, gli oggetti delle circolari emanate al riguardo nel 1966:

— circolare n. 93 del 20 giugno 1966: « Commissione provinciale per la protezione sanitaria della popolazione contro i rischi da radiazioni jonizzanti - D.P.R. 13-12-1964, n. 185, artt. 89 e 90);

— circolare n. 116 del 26 luglio 1966: « Rilevamento impianti acceleratori di particelle »;

— circolare n. 174 del 18 ottobre 1966: « Istruzioni per l'applicazione: degli artt. 92 e 93 del D.P.R. 13-2-1964, n. 185 (comunicazioni concernenti la detenzione di sorgenti di radiazioni jonizzanti e rilascio del "nulla osta" alla loro detenzione); dell'art. 96 del D.P.R. 13-2-1964, n. 185 (apertura ed esercizio di istituti, gabinetti medici, reparti ed ambulatori, ove si impieghino sorgenti di radiazioni jonizzanti) »;

— circolare n. 175 del 18 ottobre 1966: « Spese per ispezioni a stabilimenti, gabinetti medici ed ambulatori nei quali si trovano apparecchi per raggi X o sostanze radioattive (artt. 4 e 7 del R.D. 28 gennaio 1935, n. 145) »;

— circolare n. 225 del 22 dicembre 1966: « rilevamento degli impianti radiologici ad impiego diagnostico e terapeutico - Aggiornamento delle relative matricole ».

Fra le predette sono da sottolineare in particolar modo:

1) la circolare n. 174 del 18-10-1966, la quale, sotto forma di istruzioni (in attesa della emanazione del Regolamento all'uopo approntato ed in esame presso il Consiglio di Stato) adegua le disposizioni contenute nel R.D. 28-1-1935, n. 145 (Norme per la disciplina degli impianti di radiologia e di radiumterapia), alla recente impostazione tecnico-giuridica della legge nucleare 31-12-1962, numero 1860, e del D.P.R. 13-2-1964, n. 185, sulla protezione sanitaria della popolazione contro i pericoli delle radiazioni jonizzanti;

2) la circolare n. 225 del 22-12-1966, con la quale sono state date direttive che rappresentano una premessa per la costituzione di un casellario di tutti i detentori ed utilizzatori di apparecchi ad uso medico, emittenti radiazioni jonizzanti.

Per quanto riguarda gli impianti nucleari, è doveroso sottolineare il lavoro svolto per l'esame dell'ampia e complessa documentazione inviata a questo Ministero dal Comitato Nazionale per l'Energia Nucleare per la formulazione del parere di conformità, ed il contributo tecnico dato dagli Uffici della Direzione Generale in seno alla Commissione Tecnica per la Sicurezza Nucleare e la Protezione Sanitaria, allo studio dei seguenti argomenti:

1) rapporto tecnico concernente il funzionamento ad un MW del reattore nucleare Triga del CSN della Casaccia del CNEN;

2) reattore veloce di ricerca Tapiro di potenza 5 KW termici da installare presso CSN della Casaccia del CNEN;

3) disposizioni di sicurezza nucleare per il reattore Rospo del CSN della Casaccia del CNEN;

4) disposizioni di sicurezza nucleare per il reattore RTS-1 del CAMEN;

5) disposizioni di sicurezza nucleare e protezione sanitaria per la Centrale Elettro-Nucleare di Latina;

6) disposizioni di sicurezza nucleare e protezione sanitaria per la Centrale Elettro-Nucleare del Garigliano (Caserta);

7) disposizioni di sicurezza nucleare per il reattore Avogadro RS-1 del Centro Nucleare Sorin di Saluggia;

8) piano di emergenza per il funzionamento fino a 824 MW termici dell'impianto elettro-nucleare dell'ENEL di Trino Vercellese;

9) piano di emergenza dell'impianto di fabbricazione di elementi combustibili del CNEN-Saluggia;

10) piano di emergenza del reattore « Galileo Galilei » del CAMEN;

11) piano di emergenza nei porti di Napoli, Genova, Livorno, Trieste e Venezia per l'approdo della nave a propulsione nucleare *Savannah*.

Il crescente uso delle radiazioni jonizzanti per scopi medici, industriali e di ricerca scientifica, assieme all'affermarsi dell'impiego di radionuclidi e dell'energia nucleare per scopi pacifici, ha creato nuovi problemi sanitari.

L'uso delle radiazioni jonizzanti non è, infatti, scevro di pericoli, soprattutto perché le applicazioni su larga scala accrescono comunque il rischio di cattivo uso da parte di persone poco esperte. D'altro canto, non è facile qualificare migliaia di persone, in breve tempo, in modo da assicurare un uso cosciente delle nuove tecniche. Per questo in molti Paesi, ed anche in Italia, si cerca di ridurre al minimo i pericoli per la popolazione in genere, per i lavoratori, per i pazienti negli ospedali, mediante una regolamentazione rigorosa. L'Italia ha formulato, al passo con i Paesi più avanzati, un corpo legislativo soddisfacente. Le difficoltà risiedono nell'applicazione, perché è necessario bilanciare il rigore con la necessità di far svolgere regolarmente sia le attività industriali sia quelle mediche sia la ricerca scientifica.

Fino ad oggi le competenti Direzioni Generali del Ministero della Sanità avevano svolto una azione continua, intervenendo tempestivamente ove necessario; però si trattava di un'azione non programmata a lungo termine. Con l'entrata in vigore delle recenti disposizioni legislative per la protezione dei lavoratori e della popolazione, si è sentita la necessità di coordinare l'azione amministrativa e tecnica e di cercare, attraverso analisi e suggerimenti, di attirare l'attenzione sui punti ancora non coperti dalle disposizioni legislative. Per questo è stato costituito un Gruppo di studio presieduto dal Direttore Generale dell'Igiene Pubblica, composto da funzionari di detta Direzione e delle Direzioni Generali di Medicina Sociale, dei Servizi Veteri-

nari, degli Alimenti e Nutrizione, nonché da Ricercatori dei Laboratori interessati dell'Istituto Superiore di Sanità.

I principali problemi fin qui trattati riguardano le sorgenti di radiazione (acceleratori, apparati con sorgenti di radionuclidi con attività di migliaia di curie, grandi apparecchi a raggi X), gli apparecchi a raggi X per diagnostica e terapia, gli impieghi di radionuclidi nella medicina, nella ricerca scientifica, nella ricerca industriale.

Altri campi esaminati riguardano le applicazioni particolari della irradiazione (trattamento di articoli medici, di alimenti) nonché il problema della convenienza di dotare il nostro Paese di un Centro per il trattamento di persone esposte a irradiazione acuta accidentale.

Tutti gli argomenti sono stati trattati nello spirito di intraprendere azioni immediate per risolvere il problema della protezione sanitaria delle popolazioni; naturalmente non verrà trascurato lo studio di provvedimenti che dovranno tradursi in disegni di legge.

Detto gruppo di studio porterà ad un miglioramento dell'azione del Ministero della Sanità in un campo estremamente importante e di crescente attualità, aumentando così i margini di sicurezza nell'impiego delle radiazioni in tutti i campi.

Nel quadro delle attività della Segreteria NATO, si ricordano:

1) due esercitazioni logistiche che, per la parte sanitaria, hanno impegnato la Segreteria NATO in un'azione di coordinamento con i vari Uffici sanitari all'uopo attivati, conseguendo risultati per i quali il Ministro della Difesa, con proprio messaggio riservato n. 31223 del 29 ottobre 1966, ha espresso un suo particolare apprezzamento « per l'alto senso di responsabilità e l'elevato impegno dimostrato »;

2) le abilitazioni dei funzionari dei Servizi periferici alla trattazione delle pratiche classificate;

3) i rapporti con la NATO e con le Agenzie Centrale ed Europea per gli approvvigionamenti in caso di emergenza.

XII. - EDUCAZIONE SANITARIA

L'attività della Direzione Generale in questo settore, che con D.M. 19-7-1967 è stato costituito in Divisione a sé, può sintetizzarsi, per il triennio di cui sopra, nei seguenti punti fondamentali:

1) Intensificazione della campagna per vaccinazione antipolio. Si è provveduto a far stampare un numero adeguato di diapositive che sono state distribuite ai Medici Provinciali della Sicilia, regione con persistente endemia.

La ripresa di alcuni focolai di malattia ha imposto l'organizzazione, nell'autunno 1967, di una campagna di rivaccinazione per la quale si è provveduto a mobilitare nuovamente tutte le Associazioni e gli Enti a suo tempo interessati.

La mancanza di fondi rende impossibile l'invio di altro materiale, per cui si ricorrerà, prima della chiusura della sessione vaccinale, ad un richiamo articolato ad Enti, Associazioni, oltre che alla richiesta di collaborazione da parte della RAI-TV.

2) Per quanto riguarda la programmazione di interventi per le rivaccinazioni antidifteriche e per la intensificazione della lotta contro gli episodi di febbre tifoide e di paratifi nel Mezzogiorno, soprattutto in seguito a episodi epidemici verificatisi nel mese di novembre in alcune provincie meridionali, si è provveduto a ripetere gli appelli ad Amministrazioni, Enti ed Associazioni, evitando di richiedere una adesione generica ma suggerendo invece specifici interventi (ad esempio lettere-circolari ai medici da parte degli Istituti mutuo-previdenziali, mobilitazione di personale da parte dell'ONMI, pubblicazione di articoli-tipo da parte di giornali, ecc.).

Per quanto riguarda la difterite e la febbre tifoide, si è provveduto alla elaborazione di dati statistici aggiornati, che sono stati distribuiti ai Medici provinciali del Meridione e si è messa in evidenza l'importanza delle rivaccinazioni antidifteriche nei rapporti con le vaccinazioni primarie, stabilendo indici di correlazione con i dati epidemiologici, che di recente hanno incontrato approvazione sia in Italia che all'Estero, come nuovi criteri di sorveglianza epidemiologica.

E' stata tenuta una fitta corrispondenza con i Medici Provinciali per l'impostazione di campagne di rivaccinazione e per la propaganda contro il consumo di ortaggi e frutta di mare inquinati. Si sta predisponendo, d'intesa con l'A.A.I., materiale per filmine ed opuscoli per la profilassi della febbre tifoide e non si è mancato di tenere stretti rapporti con il Ministero del Turismo e dello Spettacolo per l'intervento degli Enti Provinciali del Turismo nella campagna di prevenzione della febbre tifoide nelle province meridionali.

3) Sono state assunte e favorite iniziative educative per l'estensione volontaria della vaccinazione anti-tetanica attraverso il CONI, l'ENPI e le Associazioni Farmacisti. Sono state interessate più di 20 Associazioni ed Enti, alcuni dei quali, come il CONI, l'OMNI, la Unione Proprietari di Farmacie e l'ENPI, hanno di già aderito alla produzione, distribuzione ed affissione di materiale propagandistico in tal senso.

Anche gli Istituti mutuo-previdenziali hanno aderito in linea di massima alla propaganda vaccinale ed in qualche caso hanno di già iniziato un'azione specifica.

Va rilevato che il Regolamento, in esecuzione della legge 5 marzo 1963, n. 292, art. 13 (G.U. 3-12-1965) impone all'Amministrazione sanitaria la preparazione e la distribuzione di materiale di propaganda per la vaccinazione antitetanica.

4) Circa l'impostazione di iniziative coordinate nel campo della propaganda per il corretto impiego degli esteri fosforici, sulla base di intese con le Direzioni Generali Igiene Alimenti e Servizi Farmaceutici, si sta provvedendo a raccogliere materiale per stampare opuscoli per medici ed ospedali, nonchè per filmine ed opuscoli per le scuole. S'intende concentrare le iniziative nelle provincie ad economia prevalentemente agricola specie meridionali dove si verificano più di frequente casi di intossicazione, coordinando gli interventi con quelli del Ministero dell'Agricoltura (nei confronti degli agricoltori, che dovranno essere abilitati all'impiego degli esteri fosforici) e richiedendo la collaborazione del Ministero dell'Industria e della Presidenza del Consiglio. Nel frattempo, si è raggiunto un accordo con l'ENPI per la utilizzazione dei cinemobili e dei giornali appoggiati dall'Ente.

5) Nella celebrazione delle Giornate Mondiali della Sanità si sono seguiti gli indirizzi già sperimentati in precedenza, cercando di allargare l'interesse nei confronti dei problemi in argomento ai più vasti strati della popolazione. L'argomento del 1965 « vaiuolo, allarme permanente » è stato utilizzato per illustrare la necessità di collaborare nel settore internazionale ai fini della eradicazione della malattia nei territori africani ed asiatici, mentre lo sviluppo della tematica relativa alla Giornata del 1966: « L'uomo e la sua città » ha dato modo di inquadrare i moderni concetti d'igiene urbanistica soprattutto per quanto riguarda l'organizzazione degli spazi verdi, quale mezzo di prevenzione di malattie degenerative e di malformazioni posturali. La celebrazione per il 1967 è stata impostata intorno al tema « i custodi della salute » il che ha dato modo di riprendere la discussione dei problemi di reclutamento del personale sanitario non medico, partecipando anche ad importanti convegni sull'argomento. Si sono anche favorite ricerche sulla distribuzione per sesso, età e specializzazione dei medici italiani, onde individuare i settori nei quali di già esistono carenze e si possono prevedere future situazioni di grave penuria.

6) Per quanto riguarda la collaborazione con l'A.A.I. (Attività Assistenziale Internazionale) per il programma di educazione sanitaria svolto nelle provincie meridionali per l'organizzazione del corso semestrale per nuovi educatori sanitari selezionati con interessanti colloqui abbinati a tests psicologici, si fa presente che il corso è stato seguito da vicino e si è provveduto ad accentuare nel programma la parte relativa all'organizzazione sanitaria. La preparazione delle nuove educatrici sanitarie è stata curata attraverso l'interessamento sia in sede nazionale che locale di tutti gli Enti inte-

ressati allo sviluppo dell'educazione sanitaria ed è in programma una diretta sollecitazione degli esponenti locali. Nuovi centri sono sorti a Palermo, Chieti, Frosinone, Latina, Matera, Caserta, ed è stato impostato un programma di immediata attuazione studiato d'intesa con l'A.A.I.

L'indagine sulle cause della mortalità infantile condotta in quattro provincie (Siracusa, Avellino, Salerno, Taranto) permette di individuare alcuni fattori importanti, quali l'analfabetismo dei genitori, la ipernatalità e la scarsa assistenza mutuo-previdenziale in fase di gestazione, quali elementi tipicamente associati con la mortalità infantile.

Nello stesso tempo, più che l'ignoranza dei principi di puericoltura, sembra avere importanza la presunzione di auto-diagnosi ed auto-terapia della prima infanzia.

Sono stati presi contatti con le altre Direzioni Generali, per concordare a breve scadenza un piano comune di intervento almeno in due provincie meridionali.

7) Sono state poste allo studio iniziative per la compilazione di opuscoli per gli emigranti e le loro famiglie con notizie relative alle condizioni sanitarie dei Paesi Europei ospiti e sulle abitudini dietetiche. Il Ministero del Lavoro ed il Ministero degli Esteri provvederanno alla stampa e distribuzione.

8) Si è partecipato alla I Conferenza Italiana per l'Educazione Sanitaria con una relazione sul tema: « l'organizzazione dell'educazione sanitaria in Italia » e con un intervento sul gruppo di studio « Igiene Mentale ed Educazione Sanitaria ». La mozione finale rileva l'esigenza di provvedere, entro breve termine per un'organizzazione di servizi di educazione sanitaria e di rispettare la funzione delle Associazioni Volontarie, tenendo tuttavia presente l'esigenza di una programmazione in armonia con la politica sanitaria.

Il successo della Conferenza ha dimostrato l'esigenza di un sempre maggiore interessamento nei confronti dei problemi di educazione sanitaria e le ampie possibilità di futuro sviluppo nel settore.

Si fa presente inoltre che non è mancato un contatto con la RAI-TV, sia attraverso la redazione di una rubrica radiofonica « pronto soccorso » e, successivamente « vivere sani », sia attraverso la consulenza non ufficiale nei confronti di alcuni programmi. Tale consulenza, naturalmente, non può spingersi fino al controllo del materiale già prodotto, ma si limita alla impostazione generale e all'indicazione sulle personalità da intervistare, senza che ciò comporti un impegno per l'Amministrazione.

Si va delineando in più parti la creazione di Comitati o Centri di educazione sanitaria per i quali la Direzione Generale svolge un'opera di promozione e di coordinamento. Non si è mancato di fornire ai Medici Provinciali

elenchi di persone interessate ai problemi di educazione sanitaria ed orientati nelle tecniche relative.

L'attività del Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria di Perugia va agevolata in ogni modo ed è auspicabile che il progetto di legge per la trasformazione del Centro in Istituto venga approvato. Ciò comporterà una spesa fissa annua di sei milioni a carico del bilancio di questo Ministero, spesa che comunque si ritiene debba essere in ogni caso prevista quale contribuzione ordinaria al Centro.

Per quanto riguarda il Comitato Italiano di Educazione Sanitaria, si ritiene che, ove fosse possibile assicurare una contribuzione non simbolica, sarebbe realizzabile lo sviluppo di un ruolo più preciso e di un collegamento effettivo con la politica di questo Ministero.

XIII. - STATISTICHE SANITARIE E RICERCHE VARIE

Non si dispone di macchinari per elaborazioni statistiche, anche elementari e la mancanza di ogni ausilio meccanografico rende estremamente faticosa ogni operazione. Ormai i dati statistici pubblicati dall'ISTAT sono sempre meno sufficienti per valutare il reale andamento della morbosità e per seguire la situazione sanitaria del Paese, e diventa sempre più indispensabile predisporre nuovi strumenti e, soprattutto, orientare il personale verso una utilizzazione migliore dei dati statistici disponibili.

Comunque, in questo settore gli interventi sono stati i seguenti:

1) E' stata curata una ricerca sull'andamento delle malattie infettive nelle provincie meridionali ed una sulle concause della mortalità peri-natale, nonché sulla distribuzione del peso dei neonati alla nascita.

2) Si è curata la preparazione di materiale per la I Conferenza Demografica Europea (Strasburgo 30 agosto - 8 settembre 1966) alla quale ha partecipato, in qualità di esperto, il Direttore della Divisione competente, curando in particolare i problemi della fecondità, della mortalità per sesso e della distribuzione del peso dei neonati, provvedendo successivamente a riferire alle Direzioni Generali interessate alla materia.

Si è stabilito un collegamento preliminare fra funzionari del Ministero che fanno parte della Commissione Nazionale per le Statistiche Sanitarie e Demografiche, curando un'impostazione comune per quanto riguarda le statistiche sui tumori.

3) Si è provveduto alla elaborazione di un questionario sull'assistenza sanitaria comunale da svolgersi in dieci provincie per circa 1.000 comuni con più di 150 voci da elaborare. Detta elaborazione ha dovuto essere effettuata

a mano ed ha richiesto un lavoro che non si esita a definire enorme. Va rilevato che l'impostazione data alla elaborazione dei dati è stata molto apprezzata dagli esperti sovietici che hanno preso parte al Convegno italo-sovietico sulla organizzazione sanitaria (Roma - 9, 11 novembre 1966) ai quali è stata presentata un'elaborazione relativa a cinque provincie. Detta elaborazione riguarda sia le caratteristiche demografico-sanitarie che il personale e le strutture indicate secondo raggruppamenti per numero di abitanti e classificazione dei comuni in agricoli, industriali e misti, nonché secondo quattro categorie di densità. E' stato in particolare messo in evidenza il rapporto critico fra personale ausiliario e personale laureato in tutti i servizi di Medicina preventiva, con particolare riguardo per il Sud, nonché il rapporto fra frequenza ai consultori ONMI e mortalità infantile.

Altri aspetti importanti riguardano la distribuzione della fecondità (calcolata sul numero delle donne dai 15 ai 49 anni, presenti al censimento 1961 nei singoli comuni) ed il numero di abitanti. E' risultato un massimo di fecondità nelle zone rurali del Nord e nei grandi Centri meridionali contro un minimo fra le popolazioni inurbate del Nord e quelle rurali del Sud, per evidenti motivi sociali e demografici (emigrazione per il Sud). Si è anche confermato il rapporto fra vaccinazioni, rivaccinazioni antidifteriche e persistenza della malattia, nel senso di una maggiore incidenza laddove il numero delle rivaccinazioni è stato basso.

4) Si sono raccolte serie storiche di dati di mortalità per alcune cause di morte per alcune malattie infettive nelle province più duramente colpite dall'alluvione ed in altre prese come gruppo di controllo, onde stabilire un'eventuale influenza dei disagi conseguenti alle calamità naturali sulla patologia locale. Si sono presi accordi con l'ISTAT per effettuare un intenso controllo sulle cause di morte che più direttamente potrebbero venir influenzate dalle abnormi condizioni delle province colpite. Si è potuta così dimostrare la mancanza di ripercussioni sulla patologia infettiva, respiratoria e reumo-artritica da parte delle alluvioni.

5) E' stata condotta un'indagine sulla presenza ed impiego del personale ausiliario presso tutti i servizi di Sanità pubblica, attraverso la quale è stato possibile avere un quadro globale della situazione, insieme ad indicazioni sulla utilizzazione del personale e sul suo fabbisogno.

6) E' stata condotta un'indagine fra tutti gli Ospedali italiani per conoscere il numero e la natura degli avvelenamenti acuti che sono stati accolti dai Pronti Soccorsi in un triennio (1964-66).

Purtroppo, la completezza delle risposte non è eguale nelle varie regioni, per cui si riscontrano differenze troppo rimarchevoli per potere essere sostenute da una maggiore diffusione di sostanze chimiche per uso domestico nel Nord.

Comunque, estrapolando i dati di alcune provincie nelle quali si è ottenuta una rilevazione accurata, si può affermare che ogni anno almeno 18.000 persone, in gran parte bambini, vengono trasportate d'urgenza al pronto soccorso per ingestione accidentale di sostanze chimiche; fra queste in almeno 5.000 casi trattasi di ingestione accidentale o di fenomeni da iperdosaggio di medicinali.

L'indagine è finalizzata per la costituzione di Centri di riferimento per il trattamento con antidoti specifici.

7) Si è proceduto alla raccolta di più di 5.000 schede relative ai pesticidi e disinfestanti impiegati in Italia, provvedendo alla compilazione di un voluminoso schedario con una distinzione per nome commerciale, formula chimica, sintomatologia dell'avvelenamento e terapia specifica. Il volume è in corso di stampa presso il Poligrafico dello Stato e verrà distribuito a tutti gli Ospedali in modo da consentire la rapida identificazione della terapia d'urgenza per casi di intossicazione da composti non noti. Seguirà una identica pubblicazione per le intossicazioni da medicinali e per quelle da sostanze chimiche di impiego domestico.

8) Segnalazioni bibliografiche interessanti la Sanità pubblica: allo scopo di consentire un più rapido ed esteso aggiornamento nella letteratura internazionale e nazionale concernente i problemi che più direttamente interessano la Sanità pubblica e di permettere una facile consultazione, si è presa l'iniziativa di inviare a tutti i funzionari medici degli Uffici provinciali e del Ministero recensioni concernenti una trentina di rubriche. Dette recensioni sono numerate in modo da permettere la costituzione di fascicoli separati per argomento da completarsi di volta in volta.

Dal giugno 1966, si è proceduto all'invio di sei gruppi per complessive 1.100 voci.

XIV. - MEDICINA DEL TRAFFICO

Si tratta di un nuovo settore di attività e di intervento per la Sanità pubblica, dato che fino a poco tempo fa non si riteneva, erroneamente, sia in Italia che all'Estero, che il traffico stradale e la prevenzione degli incidenti presentassero aspetti d'interesse sanitario. Piace, anzi, sottolineare che nell'affermazione di questo fondamentale concetto della competenza diretta e primaria della Sanità pubblica nei problemi del traffico (concetto che emerge dall'evoluzione stessa del fenomeno « traffico motorizzato », e dal suo conseguente inserimento sempre più intimo nel contesto sociale), l'Amministrazione sanitaria italiana ha svolto, non solo in Italia ma anche in sede internazionale, un ruolo pionieristico, in quanto è stata una tra le prime a formu-

larlo e forse la prima a dargli pratica attuazione. Si può, inoltre, affermare che l'esempio italiano in questo settore ha trovato ampio consenso anche presso gli organismi internazionali di sanità pubblica, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale ha tenuto a Roma nell'autunno del 1967 il primo seminario europeo di medicina del traffico, in riconoscimento della posizione preminente dell'Italia nel settore; e il Consiglio d'Europa, il quale ha istituito nel 1966, su proposta italiana, un apposito gruppo di studio sugli aspetti medici della prevenzione degli incidenti del traffico e sul ruolo della Sanità pubblica in questo campo; gruppo di studio che è stato presieduto dal rappresentante italiano, e ai cui lavori i funzionari delegati del Ministero della Sanità hanno dato un contributo fondamentale.

In campo nazionale oltre all'attiva partecipazione a numerosi congressi, simposi e tavole rotonde sull'argomento, è stato affrontato il complesso problema delle visite mediche per la certificazione della idoneità psico-fisica alla guida, sia come primo accertamento che come visite di revisione normali o a seguito di incidenti. Per non dilungarci eccessivamente, basti dire che fu promosso, con pieno successo, l'intervento del Ministero della Sanità per l'eliminazione di talune situazioni viziate e non corrispondenti all'interesse generale che si erano venute a costituire; che è stata curata una rilevazione su scala nazionale circa il funzionamento delle Commissioni mediche provinciali per i minorati, in vista di una loro più ampia utilizzazione, al fine anche di un più attivo inserimento nella materia della autorità sanitaria provinciale che presiede le commissioni stesse; che si è svolto un ruolo determinante in seno alla Commissione per la revisione del Codice della Strada, funzionante presso l'Automobile Club d'Italia, nel senso di indirizzarne i lavori — per quanto riguarda il settore degli accertamenti medici di idoneità alla guida — secondo i principi stabiliti dall'Amministrazione sanitaria (la quale invece, a suo tempo, era stata del tutto esclusa e neppure interpellata nella elaborazione delle relative norme del vigente Codice della Strada). Un funzionario medico di questo Ministero partecipa anche alla Commissione interministeriale istituita presso il Ministero dei Lavori Pubblici per la revisione del Codice della Strada.

Si è inoltre promossa e realizzata, di concerto con l'Istituto Centrale di Statistica, la modifica della scheda per i rilevamenti statistici in caso di incidenti stradali, al fine di renderla più conforme alle necessità dell'indagine epidemiologica.

Particolare rilievo merita l'iniziativa assunta per utilizzare, in collaborazione col Ministero dell'Interno, coll'Automobile Club d'Italia e con la Croce Rossa Italiana, il numero telefonico unico nazionale « 113 » per le chiamate di pronto soccorso sanitario stradale. Tale iniziativa, che è stata accolta con grande favore, ha comportato un vasto ed accurato lavoro organizzativo preliminare, sia a livello periferico che a livello centrale, che è stato

svolto attraverso « comitati provinciali » ed un « comitato centrale » coordinatore costituito presso la Direzione Generale, con la partecipazione dei diversi organismi interessati (Ministero Interni, C.R.I., A.C.I., Ministero delle Poste e Telecomunicazioni), nonché un preciso rilevamento — già ultimato — dei mezzi mobili e delle stazioni fisse di pronto soccorso nel territorio nazionale.

XV. - SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO

Si tratta di un settore nel quale l'Amministrazione sanitaria non aveva svolto, per l'addietro, interventi diretti, mentre le moderne esigenze della realtà sociale e sanitaria impongono invece un interessamento della autorità sanitaria a tutti i livelli, al fine di promuovere l'organizzazione e il coordinamento dei servizi d'assistenza urgente, ancora carenti. Purtroppo, come è noto, il Ministero della Sanità non dispone di fondi di bilancio, da amministrare direttamente, per incoraggiare finanziariamente il miglioramento dei servizi di pronto soccorso; tuttavia, pur con tale carenza, non si è mancato di svolgere un'efficace azione per la realizzazione di importanti iniziative, delle quali sono state attuate o sono in corso di attuazione le seguenti, oltre a quella or ora menzionata per il settore del traffico:

1) l'istituzione di un gruppo di studio per la standardizzazione degli elementi operativi del pronto soccorso sanitario, in particolare delle autoambulanze e relative attrezzature;

2) la proposta formulata all'apposita Commissione per l'aggiornamento delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere, nel senso di prevedere una rete di luoghi di atterraggio per elicotteri in corrispondenza dei pronti soccorsi ospedalieri, in previsione di una futura, maggiore disponibilità di tali mezzi per il trasporto dei feriti ed ammalati gravi, la quale sarà tanto più necessaria per le sempre più difficili condizioni del traffico stradale urbano, che ostacolano e rallentano, talvolta in misura grave, il trasporto dei malati;

3) gli interventi educativi nel settore della rianimazione degli annegati e degli asfittici, rivolti soprattutto agli addetti al soccorso marino in località balneari, alle vigilatrici di colonie e così via. Tali interventi sono già iniziati nell'estate del 1966 e proseguiti in quella successiva con la distribuzione a diversi uffici sanitari provinciali di materiale didattico, appositamente acquistato (manichino per addestramento pratico e film illustrativo) per l'organizzazione di corsi di istruzione.

XVI. - INTERVENTI IN CASI DI PUBBLICHE CALAMITA'

Nell'anno 1966 si sono avute purtroppo due pubbliche calamità di rilievo: il movimento franoso nella città di Agrigento e l'alluvione del 4 novembre, che ha colpito numerose provincie dell'Italia centro-settentrionale. In entrambi i casi, e soprattutto nel secondo, la Direzione Generale Igiene Pubblica ha svolto la tradizionale funzione di collegamento e di coordinamento per gli interventi assistenziali urgenti.

Mentre si ritiene superfluo riferire in dettaglio, in questa sede, tutti gli interventi esplicati, anche perchè sono stati oggetto di apposita relazione al Consiglio Superiore di Sanità, appare opportuno riassumere in breve le principali azioni condotte e coordinate.

a) *Frana nella città di Agrigento* (19 luglio 1966).

Appena venuti a conoscenza dei danni causati all'abitato di Agrigento dal movimento franoso verificatosi in data 19 luglio 1966, si è organizzato l'invio, con mezzi urgenti, di congrui quantitativi di materiali per le più impellenti necessità della popolazione colpita, nonché di un ispettore generale medico per il coordinamento degli interventi di emergenza necessari a fronteggiare, sotto il profilo igienico-sanitario, la situazione: il ricovero dei senza-tetto in tendopoli, montate dal Genio Militare, in edifici scolastici della città e delle frazioni rurali, arredati con brande, materassi, lenzuola, cuscini, ecc., tempestivamente forniti. Il rifornimento di acqua potabile fu assicurato a mezzo di autobotti e vennero assegnati potabilizzanti a scopo di depurazione. Si è provveduto a organizzare lo smaltimento dei rifiuti liquidi mediante fosse da campo, e di quelli solidi mediante l'uso di inceneritori, inviati sul posto.

Fu dato immediatamente inizio ad una campagna di vaccinazione antitifica, mentre, a scopo precauzionale, venne disposto l'allestimento di un reparto di isolamento di 30 posti-letto presso l'ospedale del capoluogo.

Furono inoltre installate cucine da campo e l'assistenza sanitaria fu assicurata con turni regolari di medici.

La condotta idrica di Porto Empedocle, danneggiata dal movimento franoso, fu fatta ripristinare e la potabilità dell'acqua assicurata mediante l'uso di quattro cloratori, inviati in loco.

Per la tempestività e l'efficacia delle misure assistenziali e profilattiche, fin dall'inizio fu tenuta sotto controllo, dal punto di vista igienico-sanitario, la situazione d'emergenza venutasi a determinare, e non si ebbe a lamentare l'insorgenza di casi di malattie infettive e diffusive.

b) *Alluvione* 4 *novembre* 1966.

Il fenomeno alluvionale verificatosi tra il 4 e il 5 novembre 1966 interessò 17 provincie con una popolazione valutata intorno ai 9 milioni di abitanti.

I danni nel settore sanitario si rivelarono immediatamente gravi e vasti, ed interessarono: impianti di potabilizzazione e distribuzione dell'acqua, reti fognanti, ospedali, ambulatori ed altri presidii sanitari, centrali del latte, laboratori provinciali d'igiene e profilassi, farmacie e depositi di medicinali, cimiteri, nonché, in alcune provincie, gli stessi Uffici dei Medici provinciali.

L'interruzione dell'energia elettrica provocò il deterioramento di centinaia di litri di sangue e di altro materiale biologico a scopo trasfusionale e profilattico conservato in frigorifero.

Ci si trovò quindi costretti a fronteggiare improvvisamente una situazione grave e drammatica, situazione che richiese, per alcuni settori, interventi immediati e di notevole entità. Fu pertanto costituito un Comitato di emergenza con la partecipazione di funzionari degli Uffici interessati. Detto Comitato funzionò pressochè in permanenza per più settimane, mantenendo un rapporto continuo tra periferia e centro e soddisfacendo immediatamente alle richieste di materiali vari, nonché fornendo direttive agli Organi periferici nell'azione di ripristino dei servizi sanitari gravemente dissestati.

Anche in questa occasione, i tempestivi ed efficaci interventi esercitati dalle autorità sanitarie a tutti i livelli sono riusciti a controllare perfettamente la situazione di emergenza, com'è dimostrato dal fatto che, nonostante il grave dissesto dei servizi igienico-sanitari, non si sono riscontrati episodi di malattie infettive nè significativi aumenti delle affezioni bronco-pneumoniche e da raffreddamento.

XVII. - CONTRACCETTIVI

Sono stati studiati in tutti gli aspetti l'importante e delicata questione dell'impiego degli anticoncezionali e i problemi che ne derivano per la sanità pubblica. A tal proposito è stata elaborata un'ampia ed esauriente relazione, trasmessa al Consiglio Superiore di Sanità, nella quale, dopo aver considerato l'aspetto giuridico del problema e la necessità, dal punto di vista della sanità pubblica, di consentire all'abrogazione delle leggi restrittive sulla propaganda anticoncezionale, sono stati considerati i mezzi e i metodi anticoncezionali, con particolare riguardo agli steroidi orali ovariostatici, che, anche in Italia, vanno sempre più diffondendosi, sia per il loro facile impiego, sia per il loro elevato effetto contraccettivo. Si è quindi accennato al problema demografico nel mondo e alle iniziative attuate in vari Paesi (Francia, URSS, USA) per il controllo delle nascite.

Sono stati presi in considerazione gli eventuali rischi per la salute legati all'uso dei contraccettivi orali e, dalla disamina della letteratura medica mondiale, in particolar modo, dallo studio di due rapporti, il Rapporto dell'O.M.S. (pubblicato nel giugno del 1966) e il Rapporto della Food and Drug Administration (pubblicato nell'agosto del 1966) si è messo in evidenza che né i dati statistici disponibili, né le ricerche sperimentali hanno permesso di stabilire un nesso di causa ed effetto tra l'uso degli estro-progestinici e le affezioni trombo-emboliche, segnalate tra le donne che utilizzano continuamente queste sostanze ai fini anticoncezionali.

In considerazione, poi, anche del fatto che l'esperienza acquisita sull'uso di queste sostanze risale a poco più di dieci anni e che pertanto nessuna esperienza si ha sulle conseguenze a lunga distanza, come l'eventuale rischio carcinogenico e gli effetti genetici e teratogeni, nella relazione si è espresso il parere che l'abrogazione delle leggi restrittive sulla propaganda anticoncezionale deve procedere di pari passo con una liberalizzazione « guidata e controllata », attraverso l'opera di informazione a vari livelli — dal corpo medico e ausiliario sino ad ogni donna interessata al problema — e, nello stesso tempo, attuando una nuova normativa riguardante i farmaci anticoncezionali e l'obbligo del continuo controllo del medico, sia per evitare l'impiego incontrollato e inadeguato di queste sostanze, sia per accertare tempestivamente eventuali effetti dannosi.

Al riguardo, si fa presente che il Consiglio Superiore di Sanità, in data 21 aprile 1967, ha espresso parere favorevole sulle proposte della relazione, concordando sostanzialmente sulle indicazioni per la futura politica del Ministero della Sanità nel delicato settore.

XVIII. - FUMO E SALUTE

Su proposta del Consiglio Superiore di Sanità, è stato messo allo studio il problema dei danni da fumo di tabacco, secondo le indicazioni avanzate dall'Alto Consesso circa le azioni da svolgere, sia nel settore del controllo che in quello dell'educazione sanitaria.

E' evidente che se da un lato incombe all'Amministrazione sanitaria il dovere di combattere l'abitudine al fumo di tabacco in quanto pericolosa alla salute dei cittadini, non si possono attendere risultati miracolistici da una campagna anti-fumo sia pure organizzata in modo ineccepibile, articolata in tutti i settori e sfruttando ogni mezzo disponibile.

La formazione di una coscienza igienica nelle masse non può che essere il frutto di un processo di evoluzione e di maturazione culturale, che richiede un'azione protratta nel tempo e il sinergismo di molti fattori.

Occorre tuttavia provvedere a sensibilizzare l'opinione pubblica, e la risposta non dovrebbe tardare a farsi evidente. Ricordiamo che negli Stati Uniti, dopo il « rapporto Terry » sui pericoli del fumo, sembra che in media un fumatore su quattro abbia smesso di fumare.

Dobbiamo dire che, malgrado la povertà dei mezzi di propaganda che è stato possibile impiegare finora, non si può negare che già questa prima campagna contro il fumo lanciata in Italia sia stata senza risultati, il che induce a meglio sperare per il futuro.

Ne fanno fede non soltanto le statistiche che denunciano una diminuzione di 3 miliardi degli introiti del Monopolio nel mese successivo alla nostra campagna, ma anche la risonanza che la campagna ha avuto nella stampa, mercè un'opera obiettiva ed allargata di informazione. Come accade in tutte le iniziative su larga scala tendenti ad ottenere modifiche in comportamenti ormai tradizionalmente radicati nella popolazione, non ci si deve accontentare dell'effetto immediato dei primi sforzi informativi-educativi, ma occorre intensificarli ed indirizzarli particolarmente verso il settore giovanile.

Si riferiscono in breve le iniziative adottate in merito:

1) *Raccolta ulteriore di documentazione circa gli effetti del fumo e circa le metodiche di dissuefazione.*

Sulla base di una recentissima pubblicazione del Dipartimento federale degli U.S.A. per la Sanità nonché di altra bibliografia edita in questi ultimi mesi, si è raccolto un sommario che completa ampiamente il rapporto Terry ed è stato sottoposto all'attenzione del Consiglio Superiore di Sanità.

2) *Azione legislativa.*

Il Ministero della Sanità ha ripetuto il proprio appoggio alle proposte di legge concernenti il divieto di fumo nei pubblici locali, comunicando, in particolare, i risultati di recenti ricerche italiane che convalidano l'opinione di un rischio diretto per i non fumatori soggiornanti in ambienti chiusi. Inoltre, si è espresso un parere sostanzialmente negativo di fronte ad iniziative tendenti a porre sanatorie per i locali di pubblico spettacolo in possesso di sistemi di parziale soppressione di alcuni tipici inquinanti di provenienza dalla combustione di sigarette.

3) *Azione educativa.*

Si è puntato sui seguenti tre aspetti:

— *esempio*: sono stati interessati il Ministero della Difesa, quello della Pubblica Istruzione e la RAI-TV affinché da parte rispettivamente degli ufficiali, degli insegnanti e degli sceneggiatori dei programmi televisivi si eviti di fumare in pubblico e di presentare situazioni drammatiche ed im-

pressive con scene di impiego di sigarette e di altri mezzi per fumare. Si è rivolto appello particolare alla Federazione degli Ordini dei Medici affinchè si faccia paladina di una campagna fra i professionisti, richiamando l'esperienza positiva dei colleghi britannici e favorendo la distribuzione di cartellini con semplici frasi informative negli studi medici.

Inoltre si è indirizzato un appello generale a tutte le Associazioni ed Ordini professionali nonché ai raggruppamenti di funzionari pubblici e privati direttivi affinché sentano la responsabilità del proprio comportamento.

Per le ostetriche si è provveduto a richiamare l'attenzione sugli influssi del fumo sul peso del neonato, mentre alle associazioni dei farmacisti si è proposto di distribuire locandine, diapositive e manifestini nelle farmacie. Locandine e diapositive dovrebbero trattare i danni del fumo all'apparato respiratorio e cardio-circolatorio;

— *distribuzione di materiale*: è stato interessato il Ministero dei Trasporti per l'affissione di cartellini negli scompartimenti sia per fumatori che per non fumatori. Si è richiamata l'attenzione del Ministero della Pubblica Istruzione sulla opportunità di programmare una serie di esercitazioni pratiche sugli effetti biologici della nicotina, nel quadro delle osservazioni scientifiche o dello svolgimento di materie attinenti. Sono stati interessati raggruppamenti di associazioni genitori - insegnanti per la pubblicazione di materiale sul fumo, per la quale sono state fornite ampie tracce.

— *esperimenti di interventi anti-fumo*: E' stato proposto al Ministero della Difesa un esperimento a livello delle Scuole Militari-Accademie con la costituzione di un gruppo di lavoro fra esperti delle Sanità militari, psicologi, antropologi culturali e funzionari del Ministero della Sanità.

E' stato suggerito al Rotary Club di studiare una forma di terapia di gruppo fra fumatori appartenenti all'associazione.

Si è provveduto ad informare di quanto sopra l'On.le Presidente del Consiglio e gli altri Ministri interessati; sono stati anche allacciati rapporti con il Monopolio per una collaborazione nel settore del controllo dei filtri e dell'eventuale dichiarazione del contenuto di nicotina e sostanze catramose. Si è interessato il Ministero dell'Agricoltura e Foreste per lo studio del problema delle riconversioni delle culture di tabacco. E' stato chiesto il parere del Consiglio Superiore di Sanità che ha approvato l'azione del Ministero ed ha avanzato alcuni suggerimenti poi messi in atto.

In definitiva, i provvedimenti programmati da parte dell'Amministrazione sanitaria possono essere così riepilogati:

a) azione rivolta nei confronti dei fumatori: far conoscere al fumatore i rischi cui si espone attraverso un'opera informativa, di orientamento e di guida, incoraggiare la dissuefazione, mediante svariati interventi, come ad

esempio, la creazione di « dispensari anti-fumo » per volontari, come è stato fatto in altri Paesi;

b) azione rivolta contro « l'iniziazione » al fumo: tale azione è rivolta soprattutto ai giovani mediante misure limitative, tra cui divieto di vendita di sigarette ai giovani; divieto della pubblicità sotto qualunque forma sia diretta che indiretta; evitare la distribuzione gratuita di sigarette ai soldati; azione persuasiva sui genitori verso una maggiore responsabilità;

c) misure coercitive rivolte soprattutto a proteggere i non fumatori dall'inquinamento ambientale da parte del fumo, come ad esempio, divieto di fumare in pubblici locali, mezzi di trasporto, ospedali, scuole e, soprattutto, azione sia educativa che coercitiva, per ottenere un più diffuso rispetto di tali divieti;

d) attività educative, di propaganda e di informazione sanitaria, utilizzando i mezzi di comunicazione di massa, e con programmi di educazione sanitaria soprattutto nelle scuole, con un insegnamento già a livello della scuola elementare mediante films, bollettini interni e simili. Viene posto l'accento soprattutto sull'importanza dell'esempio, da parte degli insegnanti e di altre persone che, per la loro posizione, influenzano notevolmente i comportamenti e gli atteggiamenti dei giovani;

e) interventi nei confronti del prodotto, miranti a indirizzare la produzione, mediante nuovi sistemi di coltivazione, di conce, ecc. a tipi di tabacco con minore contenuto di nicotina e di sostanze catramose; a limitare la lunghezza delle sigarette, a escogitare accessori, come filtri o bocchini, capaci di rendere meno dannoso il fumo. Tali mezzi, comunque, vanno sottoposti ad un adeguato controllo, onde valutare la veridicità delle affermazioni fatte dalle case fabbricanti per evitare false convinzioni di sicurezza.

L'Amministrazione sanitaria sta puntando sull'educazione e contro « l'iniziazione » e intende proseguire e intensificare le campagne in questo senso. Tra l'altro, è in programma di indire una vera e propria « giornata nazionale contro il fumo » intesa a richiamare sempre più l'attenzione del pubblico sui problemi sanitari del fumo.

La campagna contro il fumo si inquadra, d'altra parte, in tutto un insieme di interventi tendenti a ridurre le noxae ambientali; essa, pertanto, non è già contrastante ma complementare con l'opera diretta a diminuire l'inquinamento dell'atmosfera e con quella rivolta a modificare comportamenti dietetici che favoriscono l'insorgenza di malattie del ricambio e del sistema cardio-circolatorio. L'uomo moderno si trova oggi per la prima volta, dopo aver domato il pericolo infettivo, di fronte alla possibilità di colpire alla base le origini di molte malattie croniche e degenerative che dipendano dal suo stesso comportamento. Dal grado di comprensione che tali problemi

troveranno, anche nel nostro Paese, e dall'applicazione di misure adeguate di controllo e di guida dipenderà il raggiungimento di un più completo stato di salute — intesa come livello di pieno benessere fisico e morale — consono all'alto grado di sviluppo sociale, tecnologico ed economico verso cui è incamminata l'Italia.

XIX. - ASSISTENZA OSPEDALIERA, AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Compito primario del Ministero della Sanità, a questo riguardo, è quello di sovraintendere, dal lato tecnico, alla organizzazione ed al funzionamento di tutti i servizi di assistenza sanitaria della Nazione.

Rientrano quindi nelle competenze dell'assistenza sanitaria, oltre che l'organizzazione e il funzionamento dei servizi di pronto intervento sanitario e di assistenza sanitaria di base, i servizi assistenziali ed igienico - sanitari degli ospedali e di tutti gli Istituti di cura pubblici e privati.

Tra i servizi di assistenza sanitari, quelli concernenti il settore ospedaliero sono stati oggetto, nel triennio 1965 - '67, di particolare interesse.

La crisi che l'istituto ospedaliero sta attraversando nel nostro Paese ha richiesto uno studio approfondito delle carenze che l'avevano determinata e l'elaborazione di proposte atte ad eliminare le discrasie attuali.

Tale crisi, infatti, da molti attribuita a pura e semplice insufficienza di ordine recettivo investe invece problemi molto più vasti e di difficile soluzione che vanno dalle necessità di una riforma della struttura istituzionale ed amministrativa degli Ospedali alla eliminazione dei difetti strumentali del nostro sistema ospedaliero.

Il censimento effettuato dall'Amministrazione sanitaria al 15 aprile 1962, aveva messo in evidenza che il numero complessivo dei posti letto per ammalati acuti era di 243.541, con un quoziente di 4,82 posti letto per mille abitanti, non molto inferiore quindi a quel quoziente del 6 per mille ritenuto generalmente l'optimum per assicurare una soddisfacente assistenza agli ammalati acuti.

Ma gran parte di tali posti letto era disponibile in edifici non più suscettibili di restauro e non idonei a svolgere i compiti che un moderno ospedale è chiamato ad assolvere.

Era necessario quindi affrontare anzitutto il problema del potenziamento della rete ospedaliera con un piano organico di nuove costruzioni che tendesse da un lato a colmare gli squilibri esistenti nelle disponibilità di posti letto tra le varie regioni d'Italia e dall'altro a migliorare sul piano qualitativo e quantitativo le disponibilità di posti letto in tutto il Paese.

Nel settore degli interventi finanziari per favorire l'edilizia ospedaliera è continuata l'intima collaborazione, instauratasi fin dal 1965, tra i Ministeri

della Sanità e dei Lavori Pubblici per approntare i programmi approvati con D.M. in data 10 novembre 1965, 18 luglio 1966, 28 dicembre 1966 e per studiare quelli che saranno resi possibili da ulteriori stanziamenti.

Al fine di procedere alla elaborazione di quel piano nazionale ospedaliero, già previsto dal capitolo VII del programma di sviluppo economico e che forma uno dei cardini del nuovo disegno di legge governativo per la riforma ospedaliera approvato dal Parlamento, i Ministeri della Sanità e dei Lavori Pubblici, con circolari datate 1° agosto 1966, rispettivamente n. 122 e n. 6.250, richiesero ai propri Organi periferici ed alle Regioni a statuto speciale l'invio di proposte di piano quindicennale di strutturazione di rete ospedaliera. A dette circolari erano unite delle note illustrative in cui venivano delineati i criteri da applicare, adattandoli alle diverse esigenze.

Gli elaborati già pervenuti sono stati oggetto di studio, anche in relazione alle modifiche apportate al predetto disegno di legge di riforma ospedaliera da parte della Direzione, in collaborazione con funzionari del Ministero dei Lavori Pubblici ed i relativi risultati verranno sottoposti all'apposita Commissione interministeriale istituita con Decreto del 1° marzo 1965, che formulerà concrete proposte ai Ministri interessati.

Ma la necessità di una ristrutturazione della rete ospedaliera rappresenta solo uno degli aspetti del problema in quanto occorreva affrontare e risolvere le questioni di fondo collegate con la riforma delle strutture istituzionali ed amministrative degli Ospedali.

Era necessario l'accentramento nelle mani della Sanità di tutte le competenze riguardanti la politica ospedaliera ora suddivisa fra più Dicasteri, nonchè l'aggiornamento e la revisione della rete assistenziale ed infine la riforma dell'ordinamento dei servizi e del personale sanitario.

La Direzione, che già negli anni precedenti aveva dato tutta la propria collaborazione, sia alla Commissione di studio incaricata della elaborazione delle nuove norme di riforma, sia agli Uffici amministrativi e legislativi del Ministero per la stesura definitiva del testo di disegno di legge di riforma ospedaliera approvato dal Consiglio dei Ministri il 1° giugno 1966, ha continuato a dare un attivo contributo per la soluzione di alcuni punti controversi della riforma, quali l'inserimento degli Istituti di cura universitari e delle Case di cura private nel nuovo sistema ospedaliero.

A tal fine, la Direzione ha dato un notevole contributo ai lavori recentemente ultimati della Commissione di studio per la regolamentazione dell'assistenza sanitaria erogata dalle Cliniche e dagli Istituti universitari ed ha promosso l'istituzione, in corso di perfezionamento, di una Commissione di studio dei problemi attinenti alle Case di Cura private. Tutta questa attività della Direzione, i cui funzionari hanno preso ovviamente parte ai lavori anche di altre Commissioni, si è svolta, tuttavia, senza alterare minimamente il ritmo normale di lavoro, incentrato, sempre per la parte ospedaliera, su una intensa azione di vigilanza sull'organizzazione e le attività dei servizi ospedalieri.

Numerose ispezioni sono state disposte nel corso del triennio ai vari Istituti ospedalieri al fine di accertare le cause di alcune disfunzioni denunciate, e numerosi sono stati gli interventi di carattere finanziario per venire incontro alle esigenze di molti Ospedali impossibilitati a far fronte con i propri mezzi alle spese necessarie per l'acquisto di moderne attrezzature.

Purtroppo, la mancata disponibilità di un apposito capitolo di bilancio non ha consentito alla Direzione di far fronte a tutte le richieste pervenute e che sul piano tecnico apparivano meritevoli di accoglimento, e gli interventi medesimi sono stati contenuti entro gli angusti limiti del capitolo che prevede l'erogazione di sussidi e contributi per integrare i servizi di profilassi e per studi e ricerche per la profilassi delle malattie infettive.

Sul capitolo 1161/1, nel 1965, è stata impegnata la somma di L. 754 milioni 686.584; nel 1966, la somma di L. 628.139.990; nel 1967, la somma di L. 630.770.000.

Infine, in previsione dello sviluppo dei servizi che si avrà in conseguenza dell'approvazione del nuovo disegno di legge, è stata iniziata l'iscrizione in un apposito schedario dei dati relativi alla situazione edilizia degli ospedali, alle loro strutture interne, agli organici del personale sanitario ed ausiliario.

Un cenno a parte merita l'attività svolta dalla Direzione nel settore delle consulenze svolte per conto dell'Ufficio Legislativo e degli Uffici amministrativi, specie per quanto attiene all'esame dei numerosi provvedimenti legislativi, delle numerose interrogazioni ed interpellanze presentate dagli Onorevoli Parlamentari in materia ospedaliera, e degli innumerevoli quesiti posti da altri Ministeri e dalle altre Direzioni Generali e dai Medici Provinciali nelle materie di competenza.

XX. - EDILIZIA OSPEDALIERA

In un momento come questo, caratterizzato da un grande fervore di iniziative nel settore ospedaliero, al fine di affrontarne le ben note deficienze ed in ottemperanza alle direttive del piano quinquennale di sviluppo, sono stati intensificati sia lo studio della impostazione tecnico-funzionale dei progetti relativi alla costruzione, all'ampliamento ed alla ristrutturazione degli ospedali generali e specializzati, sia quello relativo alla tipologia dei diversi complessi nosocomiali e dei loro elementi funzionali di base. Ciò evidentemente allo scopo di seguire, nel Paese e all'estero, l'evoluzione della tecnica delle costruzioni ospedaliere, per essere questa strettamente correlata alle molteplici, complesse funzioni dell'istituto nosocomiale, non più considerato un semplice luogo di ricovero e di cura, ma il centro propulsore e coordinatore di tutte le attività dirette ad assicurare, restituire e mantenere lo stato di salute.

Per queste ragioni, il compito in questione è stato attribuito, con D.M. 19 luglio 1967, a una Divisione apposita, intitolata appunto « Edilizia Ospedaliera ».

Sul piano operativo, sono stati esaminati, prima che su di essi si pronunciasse il Consiglio Superiore di Sanità, numerosi progetti di ospedali, alcuni dei quali di rilevante importanza o per la indiscussa autorità del progettista e la genialità di impostazione dell'opera (e si fa riferimento al nuovo ospedale civile di Venezia di Le Courbusier) o per l'impegno finanziario che essi comportano, come ad esempio il nuovo ospedale psichiatrico di Roma, il cui costo è preventivato in circa 12 miliardi.

E' stato, anche, espresso il parere sù delicate, complesse questioni relative alla ubicazione o alla scelta delle aree di nuovi complessi, come l'ospedale del Mugello, l'ospedale della Bassa Sabina, l'ospedale consorziale di Bari e l'ospedale psichiatrico di Viterbo.

L'entità, inoltre, del vasto piano di interventi nel settore delle costruzioni ospedaliere, sia già avviato che in programma, le moderne istanze sociali ora alla base della nostra politica sanitaria, la continua evoluzione della strutturazione ospedaliera insieme con gli straordinari progressi verificatisi nel campo della medicina, dell'edilizia e della tecnologia comportavano evidentemente la necessità di procedere con ogni urgenza all'aggiornamento delle vigenti « Istruzioni per le costruzioni ospedaliere » risalenti al lontano decreto C.G. 20 luglio 1939.

E' stata, pertanto, promossa l'istituzione di un'apposita Commissione di studio, volutamente aperta agli apporti più ampi della cultura e della tecnica, unendo agli esponenti della pubblica amministrazione studiosi ed esperti del vasto campo investito dai problemi delle costruzioni ospedaliere.

In seno alla predetta Commissione sono stati istituiti cinque gruppi di lavoro col compito di affrontare, rispettivamente, la complessa tematica afferente alla programmazione edilizia, alla scelta dell'area, ai requisiti costruttivi, ai requisiti funzionali e agli ospedali psichiatrici.

Tali gruppi di lavoro hanno nell'ottobre scorso presentato le loro relazioni conclusive, successivamente inviate a tutti i componenti la Commissione per le eventuali osservazioni.

La Direzione Generale ha poi provveduto alla riorganizzazione di tutta la materia, coordinandone e unificandone la trattazione e predisponendo uno schema di nuove norme articolato in sei parti, 32 capitoli e 113 articoli.

Si confida che detto schema possa, entro brevissimo tempo, essere sottoposto all'esame della Commissione generale prima, e del Consiglio Superiore di Sanità poi.

E' doveroso infine significare che, secondo precise disposizioni impartite in proposito, si è provveduto ad intensificare i rapporti per una più stretta collaborazione con il Ministero dei LL.PP. e con quel Consiglio Superiore, prendendo parte attiva alle sedute ed alle riunioni che, con frequente perio-

dicità, vengono colà tenute per la trattazione ed il disbrigo di particolari affari di rilevante interesse sia igienico-sanitario, che sociale. Detta operosa partecipazione si è estrinsecata con la presentazione di relazioni scritte consegnate di volta in volta a quella Presidenza ed alle Commissioni relatrici. In particolare, sono state presentate, fra l'altro, relazioni su 20 progetti di ospedali, per un importo complessivo di 15 miliardi e 823 milioni.

Si ricorda, infine, la partecipazione attiva a numerosi convegni, sia in Italia che all'estero, aventi per tema la strutturazione e l'organizzazione degli ospedali: di particolare interesse, per gli argomenti trattati e per la qualificazione degli intervenuti, quello svoltosi a Stoccolma dal 19 al 23 settembre 1967 a cura dell'O.C.S.E., e quello tenutosi a Oxford dal 14 al 19 novembre 1967 sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

XXI. - PERSONALE SANITARIO ED AUSILIARIO

Il numero delle nuove Scuole - Convitto istituite nel periodo 1965 - 67 è stato piuttosto basso (6). Funzionano oggi 88 Scuole per infermiere professionali ed il numero medio annuo delle diplomate non è aumentato, mantenendosi intorno alle 1700 unità.

Si sono, invece, istituiti nuovi corsi di perfezionamento in base all'art. 3 della legge 19 luglio 1940, n. 1098 ed in particolare si sono sviluppati programmi di perfezionamenti in anestesiologia e rianimazione che pongono le basi per l'inquadramento professionale di tipo specialistico, con durata di un biennio.

Si è iniziato un controllo sistematico sul funzionamento delle Scuole - Convitto e delle Scuole per A.S.V. a mezzo di ispezioni effettuate da parte di funzionari medici con finalità promozionali ed immediata adozione di suggerimenti atti a migliorare le condizioni ambientali e le attività didattiche.

Negli ultimi anni si è andato sviluppando un insieme di Scuole speciali universitarie specie per la formazione di tecnici della riabilitazione, di ortottiste nonchè Scuola tecnica professionale per econome - dietiste; si sono presi contatti con altri Uffici e con esperti per la formulazione di proposte atte ad inquadrare i complessi problemi di collocamento di tale personale intermedio.

E' stata nominata una Commissione di studio per dare una migliore attuazione alle norme di legge vigenti per le Scuole - Convitto per infermiere professionali, per le Scuole per assistenti sanitarie visitatrici e per le Scuole - Convitto per vigilatrici d'infanzia. La Commissione, che non ha ancora ultimato i suoi lavori, ha predisposto, tra l'altro, uno schema di statuto e regolamento tipo per le Scuole - Convitto per infermiere professionali, da sottoporre all'esame dei competenti organi del Ministero.

Nello stesso tempo si sono studiati alcuni problemi, come quello delle vigilatrici d'infanzia, delle infermiere psichiatriche e delle infermiere ane-

stesiste mediante ampia consultazione con le categorie interessate e con i docenti medici.

1. - Arti ausiliarie sanitarie.

Sono state esaminate numerose istanze di Amministrazioni ospedaliere intese ad ottenere l'autorizzazione ad istituire Scuole per infermiere ed infermieri generici. In questo settore l'attività è stata notevole; sono state, infatti, autorizzate sino ad oggi circa 190 Scuole per infermiere ed infermieri generici.

Sono state anche istruite pratiche relative alla istituzione di Scuole per odontotecnici e corsi speciali per odontotecnici, riservati questi ultimi a candidati che hanno effettuato un determinato periodo di pratica professionale.

E' stato predisposto, ai sensi dell'art. 6 della Legge 4 agosto 1965, n. 1103, il programma di insegnamento delle Scuole per tecnici di radiologia medica, che dovrà essere approvato con decreto del Ministro della Sanità di concerto con quello della Pubblica Istruzione, provvedendo a prevedere la possibilità di un orientamento verso il settore della radioterapia e della tecnica isotopica.

2. - Questioni concernenti l'esercizio della professione di medico - chirurgo e il tirocinio dei neo - laureati.

Si sono seguite le discussioni sul diritto di stabilimento per medici, specialisti e dentisti in seno alla Commissione CEE partecipando a numerose riunioni di esperti a Bruxelles e contribuendo al superamento di talune difficoltà sorte nel settore delle specializzazioni. Permane il contrasto con gli altri Paesi che richiedono il libero ingresso in Italia dei dentisti non medici a formazione universitaria, richiedendosi da parte italiana uno *stage* complementare con esame integrativo.

Sono state condotte indagini sulla distribuzione dei medici a seconda della specialità, indagini che sono state trasmesse al Ministero del Bilancio per l'aggiornamento della programmazione economica.

Si stanno studiando alcuni problemi connessi con i requisiti che debbono possedere i medici chirurghi responsabili della direzione di laboratori di indagini cliniche, anche in relazione con la complessa applicazione della legge 24 marzo 1967, n. 396 sulla professione di biologo.

La previsione con l'anno accademico 1968 - '69 dell'applicazione del tirocinio annuale dei neo - laureati in medicina e chirurgia ha indotto a condurre indagini statistiche sulla distribuzione dei laureandi, sulle previsioni di impegno finanziario nonchè sull'impostazione da dare al tirocinio. Al riguardo sono stati presi contatti con le Associazioni di studenti in medicina.

Per quanto riguarda le contribuzioni finanziarie a favore delle Scuole - Convitto per infermiere professionali, delle Scuole per assistenti sanitarie

visitatrici e delle Scuole per infermiere ed infermieri generici e l'erogazione di borse di studio alle allieve delle Scuole - Convitto per infermiere professionali ed assistenti sanitarie visitatrici:

a) sul capitolo 1162/3, nell'anno 1965, per le Scuole per infermiere professionali ed assistenti sanitarie visitatrici, è stata impegnata la somma di L. 100.000.000; nell'anno 1966, la somma di L. 160.000.000;

b) sul capitolo 1162/4, nell'anno 1965, per le scuole per infermiere ed infermieri generici, è stata impegnata la somma di L. 5.000.000; nell'anno 1966, la somma di L. 20.000.000;

c) sul capitolo 1166, nell'anno 1965, è stata impegnata, per le borse di studio alle allieve delle Scuole - Convitto per infermiere professionali ed assistenti sanitarie visitatrici, la somma di L. 60.000.000; identica somma è stata impegnata nell'anno 1966.

Si è anche contribuito al funzionamento ed allo svolgimento delle attività didattiche della Scuola speciale per dirigenti il servizio infermieristico istituita recentemente presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Roma.

XXII. - SERVIZI SPECIALI

Degni di particolare rilievo, nel decorso triennio, sono stati lo studio e la successiva formulazione della Legge 14 luglio 1967, n. 592, concernente la « Raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano » che ha dato un valido strumento con il quale sarà possibile attuare una riorganizzazione totale su basi più moderne e scientifiche di tutto il servizio trasfusionale del Paese.

Detta Legge, fra l'altro, prevede l'istituzione di tre ordini di Centri a diverso livello operativo, e cioè di:

a) Centri di raccolta fissi e mobili;

b) Centri trasfusionali;

c) Centri di produzione degli emoderivati.

A seconda della classifica, ai predetti Centri corrisponderanno compiti sempre più ampi e complessi e quindi dotati di personale sempre più specializzato, con attrezzature e laboratori idonei ed adeguati all'importanza dei servizi da essi dipendenti.

Nella stessa legge è, inoltre, prevista la emanazione delle norme relative all'organizzazione ed al funzionamento dei servizi trasfusionali, nonchè alla determinazione dei requisiti minimi che, sia i Centri sia i prodotti da essi preparati, compresi i relativi controlli di innocuità, di sterilità e di idoneità,

dovranno possedere per essere autorizzati al funzionamento ed alla distribuzione dei prodotti stessi.

Un'apposita Commissione di studio per l'elaborazione di tali norme è stata insediata nel corso del 1967 ed ha tenuto in detto periodo diverse laboriose sedute che si sono dimostrate molto utili e proficue per l'approfondimento dei problemi connessi tanto complessi e delicati.

E' stata poi sancita, mediante la predetta legge, l'istituzione in Roma del Centro nazionale per la trasfusione del sangue affidato in gestione alla C.R.I. con compiti di ricerca, di consulenza tecnica, di addestramento e aggiornamento per medici e tecnici dei servizi trasfusionali, nonchè con la funzione di Centro di riferimento per i gruppi sanguigni.

Per lo svolgimento di questi particolari compiti al Centro nazionale viene assegnato un contributo annuo di 80 milioni da iscrivere nel bilancio del Ministero della Sanità.

Un sottogruppo di lavoro della dianzi citata Commissione di studio è stato, nel periodo di tempo di cui trattasi, riunito con l'incarico di redigere il regolamento del Centro nazionale stesso che dovrà essere amministrato dalla C.R.I. con gestione separata.

Contemporaneamente si è dato inizio all'organizzazione delle Commissioni provinciali per la disciplina e lo sviluppo dei servizi della trasfusione.

Sono, infatti, pervenuti dagli Uffici dei Medici Provinciali i primi elenchi dei nominativi da sottoporre all'approvazione del Ministro della Sanità per la nomina dei membri di dette Commissioni e, quanto prima, si procederà all'emissione dei relativi decreti ministeriali, ai sensi dell'art. 3 della Legge sopra citata.

Intensa è stata, infine, l'attività per il potenziamento della rete dei servizi trasfusionali del Paese. L'incentivazione dell'istituzione di nuovi Centri trasfusionali si è rivolta principalmente alle zone del Meridione e le regioni della Sicilia, Calabria e Basilicata hanno costituito argomento di attento ed approfondito esame anche da parte di un Comitato paritetico di coordinamento AVIS - CRI che ha tenuto le sue profittevoli riunioni presso questo Ministero.

Per quanto riguarda il controllo della efficienza e del funzionamento dei Centri trasfusionali, è da rilevare che sono state disposte numerose ispezioni da parte di esperti dell'Istituto Superiore di Sanità con prelievo di campioni per esami immunobiologici e microbiologici degli stessi, specie in quei centri ove vengono prodotti emoderivati a lunga conservazione.

Per il conseguimento di tali finalità, sul capitolo 1162/2, nel 1965, è stata impegnata la somma di L. 175.000.000 e, nel 1966, la somma di lire 305.000.000. Nel 1967, l'importo totale dei contributi destinati all'acquisto di attrezzature tecnico - sanitarie per l'impianto di nuovi Centri trasfusionali o per il potenziamento di altri già istituiti è stato complessivamente di 349

milioni e 400 mila lire, compresi quelli elargiti a favore dei Centri Rh costituiti ai fini della prevenzione della malattia emolitica neonatale.

XXIII. - ENTI PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI

Dal 1965 al 1967 l'Amministrazione sanitaria ha svolto compiti di vigilanza tecnica sugli Istituti mutualistici, assicurativi, previdenziali e, in particolare, sull'organizzazione e sulle attività sanitarie degli stessi.

Trattasi di un servizio, già di competenza della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale, passato, con D.M. 21 maggio 1966, alla Direzione Generale dei Servizi dell'Igiene Pubblica ed Ospedali, al fine di assicurare uniformità di indirizzo nell'azione di coordinamento che il Ministero della Sanità svolge su tutte le attività sanitarie del Paese e, con D.M. 19 luglio 1967, in esecuzione della Legge 20 giugno 1967 istitutiva della Direzione Generale dei Servizi dell'Igiene Pubblica e della Direzione Generale degli Ospedali, venuto a far parte di quest'ultima Direzione Generale.

Ciò si è reso particolarmente necessario in sede di attuazione del Capitolo VII del programma economico nazionale per il quinquennio 1966 - 1970, approvato con Legge 27 luglio 1967, n. 685, e che prevede la graduale realizzazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale da attuarsi sotto la direzione unitaria del Ministero della Sanità. Di conseguenza il Servizio di vigilanza sugli Istituti mutualistici, assicurativi, previdenziali, non poteva rimanere staccato dagli altri servizi di vigilanza sugli Enti erogatori di assistenza sanitaria e il coordinamento delle attività assistenziali è stato concentrato in un unico organo direttivo.

Una interpretazione dell'articolo 5 della Legge 13 marzo 1958, n. 296, letterale e limitata al comma primo, aveva portato in passato a trascurare il settore della vigilanza tecnica sugli Enti in argomento nella considerazione che, in base al citato comma, tale vigilanza veniva esplicitamente demandata al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Sono state pertanto puntualizzate le precise competenze del Ministero della Sanità a norma delle leggi istitutive dei singoli Istituti assicuratori di malattia e del comma secondo e del comma terzo del citato articolo 5 della Legge 13 marzo 1958, n. 296.

Difatti, il secondo comma prevede un concorso del Ministero della Sanità nella vigilanza sull'organizzazione e sulle attività sanitarie degli Enti aventi carattere previdenziale e assistenziale con varie facoltà:

a) promozione di inchieste;

b) promozione di ispezioni;

c) promozione di inchieste e di ispezioni con la partecipazione di proprî impiegati;

d) richiesta di tutte le informazioni ritenute necessarie.

Il comma terzo prevede l'obbligo per il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale di ottenere il concerto del Ministero della Sanità su tutti i provvedimenti adottati nell'esercizio dei suoi poteri di controllo, in materia di organizzazione e di attività sanitarie. A tal fine sono state prese varie iniziative tendenti ad ottenere che i provvedimenti di carattere generale riguardanti l'organizzazione e le attività sanitarie degli Istituti assicuratori di malattia vengano sottoposti all'approvazione del Ministero della Sanità.

E' da sottolineare il lavoro che comporta l'esame dell'ampia, complessa documentazione che proviene da parte di vari Enti mutualistici, assicurativi, previdenziali: delibere, bilanci preventivi e consuntivi, relazioni sulle attività sanitarie, circolari; a detto esame deve aggiungersi quello ancora più importante delle relazioni della Corte dei Conti concernenti la gestione degli Enti sottoposti a controllo. Di particolare rilievo è, a tale proposito, il documento 29 - 191 del Senato della Repubblica contenente la relazione della Corte dei Conti sulla gestione INAM per gli esercizi 1962, 1963, 1964, 1965, comunicata alla Presidenza del Senato il 28 gennaio 1967; di rilievo, altresì, il documento 133 del Senato della Repubblica contenente la relazione finale della Commissione Senatoriale di inchiesta sulle attività e sul finanziamento dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, relazione comunicata alla Presidenza del Senato il 31 maggio 1967.

La cronica morosità degli Istituti mutualistici, assicurativi, previdenziali, ha portato nell'anno 1967 alle note vertenze tra detti Istituti da una parte e i farmacisti, i medici, gli ospedali, dall'altra: vertenze che sono state tacitate dal D.L. 30 ottobre 1967, n. 968. Tale decreto legge prevede all'articolo 1, per il ripianamento, al 31 dicembre 1967, dei bilanci di alcune gestioni della assicurazione obbligatoria contro le malattie: INAM, Federazione Nazionale CC.MM. di Malattia, dei CC.DD., ENPAS, CC.MM. di Trento e Bolzano, la concessione di un contributo straordinario di L. 476 miliardi da versarsi in tre rate annuali: 1967, 1968, 1969 e, all'articolo 2, l'aumento del contributo dello Stato fino alla concorrenza annua di 18 miliardi, a partire dal 1968, a favore delle gestioni dell'assicurazione contro le malattie dei CC.DD., degli Artigiani e degli Esercenti attività commerciali.

XXIV. - ASSISTENZA PSICHIATRICA E IGIENE MENTALE

Il triennio 1965 - 1967 è stato caratterizzato da una intensa attività nel settore della sanità mentale, sia per quanto concerne la formulazione di provvedimenti legislativi atti a riformare la vigente legislazione sull'assistenza psichiatrica e l'igiene mentale (degli adulti affetti da disturbi psichici e degli irregolari psichici in età evolutiva), sia per quanto concerne il progressivo adeguamento delle risorse sanitarie psichiatriche del nostro Paese.

Per quanto riguarda il primo punto, con decreto interministeriale, venne nominata una apposita Commissione per la formulazione di uno schema di disegno di legge concernente l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale.

Tale disegno di legge è stato presentato da parte del Ministro Mariotti al Senato della Repubblica il 20 settembre 1967 di concerto con i Ministeri interessati (Interno, Tesoro, Bilancio, Grazia e Giustizia, Lavoro e Pubblica Istruzione).

Detto disegno di legge dovrà realizzare una profonda riforma delle vigenti disposizioni legislative, ormai largamente superate, anzi travolte, da oltre un cinquantennio di meravigliosi progressi in tutti i campi: scientifico, tecnologico, economico e sociale.

Il disegno di legge, ispirandosi ai nuovi principî informatori di sanità mentale, prevede tutta un'organizzazione di strutture psico-igieniche che dovranno costituire il cardine dell'assistenza extra-ospedaliera e di psichiatria sociale.

Inoltre, tutte le istituzioni assumeranno un nuovo profilo giuridico-amministrativo ed assistenziale adeguato ai tempi nuovi ed alle nuove istanze sociali.

Il disegno di legge prevede l'adeguamento di tutto il personale medico, infermieristico, specialistico alle reali esigenze degli assistiti e verrà ad assicurare la riabilitazione medico-sociale degli infermi mentali.

Nel quadro di tale riforma con i provvedimenti legislativi concernenti la programmazione ospedaliera è stato dato un avvio concreto alla realizzazione di nuovi istituti psichiatrici onde adeguare la capacità recettiva ospedaliera alle esigenze della popolazione.

Il punto di partenza per l'adozione dei provvedimenti in argomento sono state le rilevazioni concernenti le attuali risorse ospedaliere condotte dai Ministeri interessati (Sanità e Lavori Pubblici) ed inoltre dall'Istituto Centrale di Statistica.

In ordine ai dati acquisiti risultava che, alla data del 30 giugno 1964, il numero complessivo degli istituti ospedalieri pubblici era di 1.488 con 386.031 posti-letto, di cui 95 ospedali neuropsichiatrici con complessivi 94.954 posti-letto.

Inoltre, in base ai dati forniti dall'Istituto Centrale di Statistica, risultavano, per il 1962, 1.037 Case di cura private con 75.523 posti-letto e, di queste, 83 Case di cura private psichiatriche con complessivi 16.371 posti-letto.

La disponibilità di posti-letto in ospedali psichiatrici raggiungeva in quella data un quoziente di 1,82‰.

Tale quoziente non può certo ritenersi soddisfacente se considerato alla luce dello sviluppo raggiunto dal servizio in parola negli altri Paesi europei ed extraeuropei; risulta infatti che gli Stati Uniti dispongono di un quoziente

del 3,66‰, il Canada del 3,94‰, l'Inghilterra del 3,45‰, la Svezia del 4,35‰, la Svizzera del 3,34‰.

Nel nostro Paese, per raggiungere il quoziente di 3 posti - letto per 1.000 abitanti, ritenuto necessario dai cultori della materia, occorrerebbe costruire ed attrezzare da 40 a 50.000 nuovi posti - letto, con una spesa complessiva di oltre 200 miliardi.

In ordine a tali esigenze è stato posto allo studio il problema della costruzione di nuovi istituti come pure dell'ampliamento e dell'ammodernamento di quelli esistenti.

In base ai provvedimenti legislativi concernenti la programmazione ospedaliera sono state già ammesse per l'esercizio finanziario 1965 - 1966, a contributo, opere per una cifra complessiva di 23 miliardi e 476 milioni, soltanto per il settore dell'assistenza psichiatrica, mentre sono stati previsti, come ulteriore fabbisogno, per il completamento delle opere programmate, importi a contributo per il periodo 1967 - 1969 per complessivi 58 miliardi e 900 milioni.

Complessivamente, le opere ammesse a contributo, per il quinquennio considerato, prevedono una spesa complessiva di ben 82 miliardi e 376 milioni.

Un quadro generale circa l'attuale situazione degli Istituti psichiatrici e concernente le voci più significative può desumersi dall'allegato prospetto dell'Istituto Centrale di Statistica, relativo al 1963.

Onde sottolineare le sempre crescenti esigenze per il settore psichiatrico, va detto che in questi ultimi anni il numero dei ricoveri risulta in progressivo aumento; infatti si è passati dai 122.660 ricoverati del 1955, a 130.542 (nel 1956) a 142.605 (nel 1957), 146.350 (nel 1958), 150.905 (nel 1959), 154.784 (nel 1960), 159.076 (nel 1961), 163.527 (nel 1962), 169.546 (nel 1963).

Per quanto concerne i servizi di igiene mentale, in atto tali servizi esistono in 76 province e di questi 59 sono strutturati in Centri di Igiene Mentale (con configurazione autonoma in 30 e non autonoma in 46 province).

Le visite effettuate complessivamente negli ultimi anni ascendono a circa 170.000 per anno.

Per quanto attiene, infine, all'igiene mentale infantile e alla assistenza agli irregolari psichici in età evolutiva, occorre precisare che è stato predisposto da una apposita Commissione interministeriale nominata con decreto del Ministro della Sanità, lo schema di disegno di legge « Assistenza e riabilitazione degli irregolari psichici in età evolutiva e igiene mentale infantile ».

Esso dovrà riformare profondamente le attuali vigenti norme legislative assolutamente carenti per il settore specifico, anzi, assolutamente sparse e frammentarie e prive di qualsiasi organicità per cui l'assistenza è episodica, facoltativa e quindi assolutamente insufficiente.

Per il settore specifico va detto che attualmente, secondo i dati dell'Istituto Centrale di Statistica ed in possesso del Ministero della Sanità, le strutture psico - medico - sociali afferenti all'assistenza in argomento possono essere

Tabella n. 4.

Ospedali neuropsichiatrici pubblici - Anno 1963

Regioni	Istituti	Posti-letto	Personale sanitario e ausiliario: Medici	Infermieri	Ostetriche	Personale amministrat.	Tecnici, inservienti ed altri	Movimento dei ricoverati: Presenti al principio dell'anno	Entrati	Usciti	Deceduti	Degenti nell'anno	Giornate di degenza (migliaio)
Piemonte	10	9.626	66	1.712	—	90	449	9.592	5.477	4.626	566	15.069	3.591
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liguria	2	3.652	26	1.014	—	33	330	3.531	2.126	1.845	291	5.657	1.314
Lombardia	19	16.749	191	2.870	—	165	1.705	15.090	20.628	19.490	923	35.718	5.658
Trentino - Alto Adige	2	1.839	11	359	3	11	161	1.791	2.759	2.654	87	4.550	681
Veneto	9	9.314	76	1.828	—	87	512	8.077	8.013	7.324	423	16.090	3.005
Friuli - Venezia Giulia	4	3.049	31	450	—	26	443	2.923	4.559	4.217	239	7.482	1.111
Emilia - Romagna	11	8.255	93	1.754	—	122	527	7.839	5.826	5.565	349	13.665	2.894
Marche	4	2.905	30	717	—	20	189	2.597	1.951	1.901	135	4.548	948
Toscana	8	10.334	87	2.347	—	128	656	9.380	7.816	7.503	555	17.196	3.517
Umbria	1	1.300	21	343	—	14	89	1.138	1.570	1.510	54	2.708	433
Lazio	5	4.679	52	1.078	—	137	214	4.197	3.929	3.557	362	8.126	1.590
Campania	5	8.380	133	1.814	1	111	733	7.835	4.161	3.703	440	11.996	2.935
Abruzzi	2	1.993	14	534	—	9	84	2.146	1.031	920	113	3.177	794
Molise	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Puglia	3	5.114	51	735	—	34	511	4.779	2.408	2.047	252	7.187	1.794
Basilicata	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Calabria	2	1.764	23	546	—	28	88	1.808	913	889	62	2.721	668
Sicilia	6	7.057	68	1.199	—	123	585	6.608	3.323	3.087	297	9.931	2.319
Sardegna	2	2.534	19	682	—	19	185	2.537	1.188	1.042	98	3.725	947
Italia	95	98.544	992	19.982	4	1.057	7.461	91.868	77.678	71.880	5.246	169.546	34.199

così sintetizzate: 300 Centri medico - psico - pedagogici di cui 102 dipendenti dall'O.N.M.I., 62 dall'ENPMF, 24 dal Ministero di Grazia e Giustizia, 158 dipendenti da Enti varî fra cui Provincie, Comuni, Università, ecc.

Inoltre, si dispone di 215 Scuole Speciali per minorati psichici, di 1.643 Classi differenziali, di 183 Istituti medico - psico - pedagogici.

Risultano ricoverati 24.643 minorati psichici in Istituti medico - psico - pedagogici e, d'altra parte, risultano visitati ogni anno presso i predetti Centri medico - psico - pedagogici circa 100.000 minori.

SERVIZI
DI MEDICINA SOCIALE

I. - SERVIZI PER LA PROTEZIONE DELLA MATERNITA' E DELL'INFANZIA

Con l'approvazione del « Programma economico nazionale per il quinquennio 1966 - 1970 » (Legge 27 luglio 1967, n. 685) è maturato l'evento più significativo per i futuri sviluppi dell'azione sanitaria nel settore della « protezione materna ed infantile ».

Nella precedente relazione era stata bensì adottata questa formula in luogo di quella classica di « Igiene della maternità e dell'infanzia », ma, in mancanza di uno schema programmatico, cioè di precise scelte ed idonei strumenti legislativi, tale indirizzo era destinato a rimanere sterile.

Bisogna infatti rammentare che, in armonia con l'avviso degli esperti dell'O.M.S., la « protezione sanitaria » comprende tanto gli interventi medici preventivi che quelli curativi e riabilitativi, così da garantire nel modo più completo ed organico il soddisfacimento di ogni bisogno del cittadino in fatto di salute, sia fisica che mentale.

Tale concetto, com'è noto, è stato sancito dal Programma con l'enunciato: « Le prestazioni sanitarie — preventive, curative e riabilitative — saranno estese a tutti i cittadini ».

Su questa direttiva si è così sviluppata nel triennio una intensa attività legislativa per mettere a disposizione dell'Amministrazione dello Stato nuovi strumenti legali atti a garantire l'armonica coincidenza ed il reciproco adattamento delle differenti forme e mezzi di intervento — sanitari e sociali — in modo da poter incidere più significativamente sullo stato sanitario del Paese e sugli indici statistici dei fenomeni correlati, come ad esempio la mortalità infantile.

Per quanto riguarda in particolare i decessi che intervengono nel primo anno di vita per ogni mille nati vivi — o *mortalità infantile* in senso stretto — si deve rilevare che l'abbassamento del relativo quoziente (come pure di quello della nati - mortalità, ad esso strettamente connesso) non dipende solo dal numero e dalla qualificazione dei servizi sanitari messi a disposizione delle gestanti, madri e fanciulli, ma anche in larga misura da fattori ambientali, culturali e sociali estranei alla sfera degli interventi medici (istruzione, alloggio, lavoro e simili).

Non si può quindi negare che, al di sopra di un certo grado di sviluppo, un quoziente di mortalità infantile elevato possa essere considerato come espressione di un insufficiente impegno sociale in materia piuttosto che indice di un'azione sanitaria poco efficace.

Indagini in tali sensi sono seguite ed auspicate dal Ministero, come ad esempio quella effettuata dall'Amministrazione per le Attività Assistenziali Italiane ed Internazionali (A.A.I.) in alcune Province campione e dalla quale è emerso un suggestivo rapporto tra analfabetismo dei genitori e mortalità infantile.

I dati regionali della nostra mortalità infantile e della nati - mortalità sono del resto abbastanza indicativi al riguardo e delineano chiaramente sia lo stato di bisogno che l'evoluzione da imprimere ai servizi in sede di programmazione.

Sotto forma di cartogramma (*grafici nn. 1* e *2*) sono rappresentati i quozienti medi relativi a tali fenomeni nel biennio 1965 - 1966, sulla base di cifre ISTAT ancora provvisorie.

Da essi risulta che la nati - mortalità italiana (*grafico n. 1*) ha presentato un indice medio di 19,5 nati - morti per mille nascite, ma con forti differenze regionali che vanno dai valori massimi della Basilicata (ben 33,9‰) ai minimi della Venezia Giulia e del Veneto (11,3 e 12,3‰).

Più livellata ma del pari su valori ancora poco soddisfacenti è stata nel biennio 1965 - 1966 la mortalità infantile (*grafico n. 2*), la quale ha fatto registrare una media nazionale di 34,2 decessi sotto l'anno per mille nati vivi; gli indici regionali di derivazione sono peraltro alquanto differenziati andando dai bassi valori del Veneto (23,6‰), delle Marche (24,4‰) e della Toscana (24,7‰) fino ai massimi della Puglia (46,2‰), della Basilicata (45,3‰), della Sicilia (44,5‰) e della Calabria (43,1‰).

E' comunque confortante rilevare nel triennio una costante riduzione annua del quoziente generale, che è stato di 36,0 morti sotto l'anno per mille nati vivi nel 1965, di 34,3‰ nel 1966 (dato ancora provvisorio) e di 32,8‰ nel 1967 (dato del pari provvisorio). Poichè tale diminuzione prosegue dagli inizi del secolo — come risulta dalla *tabella n. 1* con relativa rappresentazione *grafica n. 3* — si può essere fiduciosi nell'evoluzione futura.

Se si tiene presente che nei paesi europei tali quozienti variano oggi da 15 a circa 80‰, si può fondatamente ritenere raggiungibile entro la validità del Programma un abbassamento dell'indice di mortalità infantile sotto al limite del 30‰; ciò farebbe entrare l'Italia nel novero degli Stati con mortalità infantile ridotta (se si accetta tale parametro classico, ritenuto ancora valido da vari studiosi).

Nella *tabella n. 2* viene rappresentata la mortalità infantile per regione comparata con altri importanti indici demografici.

Nella larga visione sopra cennata si potrebbero collocare svariate leggi, ma qui basterà citare solo quelle che si possono definire in senso lato « di programma », sia perchè espressamente menzionate dal Piano sia perchè di diretta incidenza sul settore.

Grafico 1. - Nati - mortalità 1965 - 66.

(da *Maternità e Infanzia,* 1967, XXXIX, n. 12).

Grafico 2. - Mortalità infantile 1965 - 66.

(da *Maternità e Infanzia,* 1967, XXXIX, n. 12).

Tabella n. 1.

Andamento nel tempo della mortalità infantile in Italia.

(Morti nel 1° anno di vita per 1.000 nati-vivi).

Anni	‰	Anni	‰	Anni	‰	Anni	‰
1901	166,2	1918	191,8	1935	101,2	1952	63,5
1902	171,8	1919	129,1	1936	100,4	1953	58,5
1903	171,8	1920	126,7	1937	108,8	1954	52,9
1904	161,0	1921	129,3	1938	106,3	1955	52,9
1905	166,2	1922	126,3	1939	97,0	1956	48,8
1906	160,9	1923	127,5	1940	102,7	1957	50,0
1907	155,9	1924	126,3	1941	115,2	1958	48,2
1908	147,8	1925	119,3	1942	112,4	1959	45,5
1909	157,0	1926	126,5	1943	115,1	1960	43,9
1910	140,0	1927	120,2	1944	103,2	1961	40.1
1911	156,7	1928	123,3	1945	103,0	1962	40,2
1912	128,0	1929	124,7	1946	86,7	1963	39,5
1913	138,2	1930	105,5	1947	84,2	1964	35,5
1914	130,3	1931	112,9	1948	72,2	1965	35,6
1915	146,8	1932	110,4	1949	74,0	1966	34,3 *
1916	166,3	1933	100,1	1950	63,8	1967	32,8 *
1917	158,2	1934	98,7	1951	66,0		

* Dato provvisorio.

(da *Maternità e Infanzia*, 1967, XXXIX, n. 12).

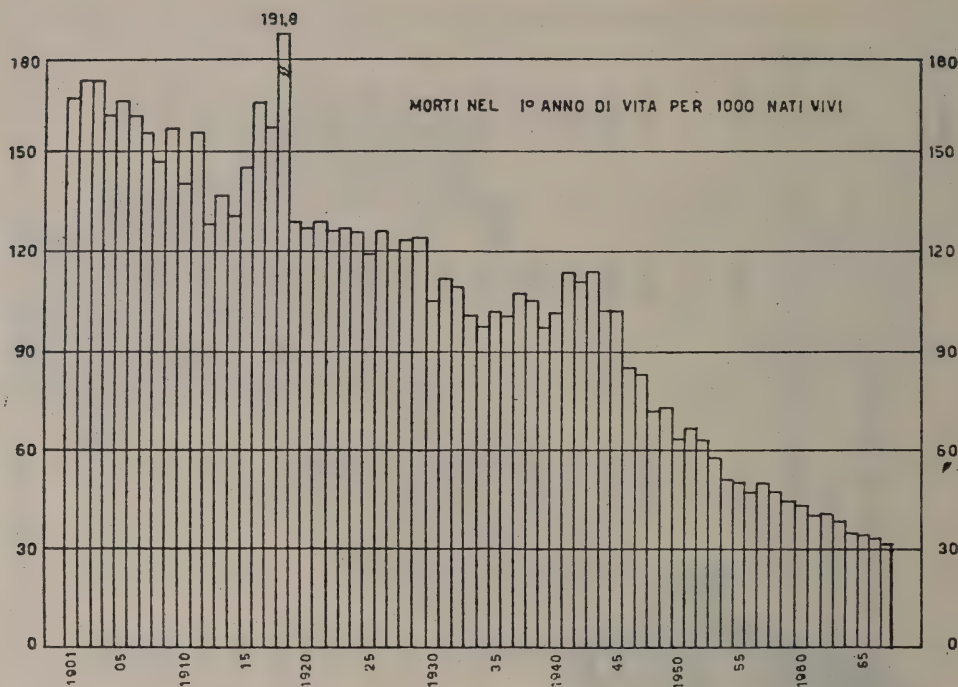



Grafico 3. - Italia: Andamento nel tempo della mortalità infantile.

(da *Maternità e Infanzia,* 1967, XXXIX, n. 12).

In primo luogo va ricordato il riassetto degli Organi centrali e periferici dell'O.N.M.I. operato con la Legge 1° dicembre 1966, n. 1081, in vista di conferire maggiore democraticità ed efficienza all'azione di questo Ente su cui il Ministero esercita la vigilanza e la tutela.

Per l'infanzia in stato di abbandono ha notevole rilevanza la Legge 5 giugno 1967, n. 431, meglio nota come « dell'adozione speciale », le cui implicazioni sanitarie saranno indicate appresso.

L'infanzia motulesa e neurolesa potrà inoltre avvantaggiarsi delle provvidenze sanitarie e sociali della legge 6 agosto 1966, n. 625, relativa agli invalidi civili, mentre i problemi del lavoro minorile sono stati disciplinati con la legge 17 ottobre 1967, n. 977.

Tali nuove norme, insieme ad altre di minore importanza omesse per brevità, pongono non facili problemi di applicazione e soprattutto di « coordinamento », sui quali non è possibile riferire col necessario dettaglio anche perchè vari argomenti sono tuttora in via di definizione.

In linea generale si può dire che l'armonizzazione degli interventi dovrà essere l'obiettivo fondamentale della programmazione locale futura, specie per quanto riguarda i rapporti con gli Ospedali e con la Mutualità.

TABELLA N. 2.

INDICI DEMOGRAFICI (1965 - '66).

Regioni	Natalità (per 1.000 ab.)	Nati-mortalità (per 1.000 nascite)	Mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	Mortalità generale (per 1.000 ab.)	Eccedenza nati vivi sui morti (per 1.000 ab.)
Piemonte e Val d'Aosta	15,2	15,1	30,5	11,8	+ 3,4
Liguria	13,8	14,4	27,3	11,6	+ 2,2
Lombardia	18,4	13,2	28,3	10,3	+ 8,1
Trentino - Alto Adige	20,7	13,1	27,9	10,1	+ 10,6
Veneto	19,5	12,3	23,6	9,6	+ 9,9
Friuli - Venezia Giulia	15,0	11,3	27,4	12,0	+ 3,0
Emilia - Romagna	14,8	13,1	27,5	10,1	+ 4,7
Marche	15,8	14,7	24,4	9,1	+ 6,7
Toscana	14,8	14,2	24,7	10,5	+ 4,3
Umbria	15,1	15,8	28,3	9,7	+ 5,4
Lazio	19,6	16,6	28,1	7,8	+ 11,8
Campania	24,6	27,6	49,5	8,5	+ 16,1
Abruzzi e Molise	17,5	20,7	27,7	9,1	+ 8,4
Puglia	24,3	25,7	46,2	8,4	+ 15,9
Basilicata	21,7	33,9	45,3	7,9	+ 13,8
Calabria	22,5	26,9	43,1	7,8	+ 14,7
Sicilia	21,1	26,2	44,5	8,8	+ 12,3
Sardegna	22,8	18,5	36,4	8,0	+ 14,8
ITALIA	19,1	19,5	34,2	9,5	+ 9,6

(da *Maternità e Infanzia*, 1967, XXXIX, n. 12).

Tabella n. 3.

Stato delle istituzioni O.N.M.I.

	ANNI								
	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Case della Madre e del Bambino	381	392	419	449	466	490	490	518	512
Centri Assistenziali	261	253	229	224	216	185	2 b	—	—
Asili nido isolati	58	57	54	48	48	35	32	26	31
Asili nido permanenti	10	13	17	12	12	13	13	15	11
Consultori Materni	2.521	2.548	2.583	2.616	2.618	2.592	2.500	2.094	2.024
Consultori Pediatrici	5.617	5.796	5.932	6.085	6.190	6.257	6.247	6.393	6.331
Consultori Dermoceltici	248	258	258	265	273	295	293	282	260
Consultori non tipici	12	10	13	13	15	14	15	20	23
Centri Medico Psico-Pedagogici	42	48	59	84	96	99	92	99	109
Refettori materni	747	717	714	689	653	564	2 c	—	—
Asili materni	10	9	9	7	8	8	8	7	7
Istituti educativi assistenziali	15	15	13	14	14	14	14	13	12
Varie (a)	107	97	285	273	124 b	116	109	66	71

(*a*) Sotto la voce « varie » sono rappresentati: Asili nido stagionali, Centri preparazione psico-fisica al parto indolore, Consultori autotrasportati, ecc.

(*b*) I Refettori materni sono stati soppressi nel maggio 1964 per scarsa frequenza. Di conseguenza, i Centri assistenziali sono automaticamente scomparsi, restando in funzione come semplice Sede Consultoriale.

(*c*) La sensibile flessione è dovuta alla quasi eliminazione degli asili nido stagionali.

Tabella n. 4.

Numero assistiti dall'O.N.M.I.

Luogo di assistenza	ANNI								
	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Nei Consultori Medici:									
Donne visitate	200.400	211.834	219.933	222.645	217.436	219.763	209.350	202.190	180.812
Bambini visitati	738.854	763.802	788.218	787.835	788.091	783.378	840.739	834.823	815.368
Totale	939.254	975.636	1.008.151	1.010.480	1.005.527	1.003.141	1.050.089	1.037.013	996.180
Negli Asili - Nido, in Istituti e con altre forme (affidi, alimenti, sussidi, ecc.):									
Donne	146.278	144.505	136.772	131.533	118.062	107.013	81.423	47.734	32.964
Bambini	797.881	778.104	778.157	792.983	767.142	774.689	569.893	614.450	559.071
Totale	944.159	922.609	914.929	924.516	885.204	881.702	651.316	662.184	592.035
In complesso:									
Donne	346.678	356.339	356.705	354.178	335.498	326.776	290.773	249.924	213.776
Bambini	1.536.735	1.541.906	1.566.375	1.580.818	1.555.233	1.558.067	1.410.632	1.449.273	1.374.439
Totale	1.883.413	1.898.245	1.923.080	1.934.996	1.890.731	1.884.843	1.701.405	1.699.197	1.588.215
Numero delle visite successive nei Consultori Medici	3.933.148	4.028.811	4.030.069	4.138.475	4.041.083	4.005.619	3.958.945	3.741.081	3.482.295

In questa sede saranno riferiti brevemente solo i dati più salienti sui servizi di maggiore interesse per la protezione della maternità ed infanzia.

A) *ISTITUZIONI ED ATTIVITA' DELL'OPERA NAZIONALE PER LA PROTEZIONE DELLA MATERNITA' ED INFANZIA (O.N.M.I.).*

L'attività dell'O.N.M.I. è stata caratterizzata nel triennio da un regime di austerità, imposto da ragioni d'indole economica.

L'indirizzo seguito si è basato sull'abbandono e sul ridimensionamento di certe forme tradizionali d'intervento (come i refettori materni, l'assistenza in natura e simili) alle quali si stanno gradualmente sostituendo altre formule e mezzi più consoni alla mutata realtà sociale del Paese (istituzione del libretto sanitario infantile per bambini da 0 a 6 anni, incremento degli Asili nido, ecc.); in materia vengono osservate con particolare scrupolo le scelte di fondo stabilite dal Programma, specie per quanto concerne il contenimento dei ricoveri di minori in istituti educativo - assistenziali.

Ai suddetti princìpi di austerità e riqualificazione tecnica dei servizi si sono ispirate le quattro branche cui da tempo fanno capo le attività essenziali dell'Opera: *amministrativo - organizzativa, sanitaria, assistenziale* e *culturale.*

Una visione panoramica dell'evoluzione dell'assistenza O.N.M.I. dal 1958 al 1966 è offerta dalle tabelle che rispecchiano lo stato delle istituzioni *(tabella n. 3),* il numero degli assistiti *(tabella n. 4)* ed i dati inerenti gli interventi domiciliari delle assistenti sanitarie visitatrici e delle assistenti sociali *(tabella n. 5).*

TABELLA N. 5.

VISITE E VERIFICHE DOMICILIARI EFFETTUATE DALLE AA.SS.VV. E DALLE AA. SOCIALI.

Anni	Assistenti Sanitarie Visitatrici		Assistenti Sociali	
	in servizio N.	Visite e verifiche N.	in servizio N.	Visite e verifiche N.
1958	1.241	682.558	—	—
1959	1.254	679.801	—	—
1960	1.338	670.212	75	10.975
1961	1.364	696.510	142	22.668
1962	1.409	698.914	143	19.468
1963	1.411	692.067	142	20.614
1964	1.373	681.437	150	21.075
1965	1.366	788.140	153	23.047
1966	1.333	772.921	172	20.309

Particolare cura ha altresì posto l'Opera nel cercare di attenuare — o quanto meno non aumentare — le sperequazioni esistenti nella distribuzione territoriale delle proprie istituzioni, uniformandosi anche in ciò agli indirizzi del Programma.

I dati relativi agli anni 1964 - 1966 (cioè successivi alla soppressione dei refettori materni) sono riassunti appresso in forma tabellare:

Distribuzione territoriale delle istituzioni O.N.M.I.

	1964		1965		1966	
	Num.	Perc.	Num.	Perc.	Num.	Perc.
Italia settentrionale . .	4.239	44	4.203	45	4.162	44
Italia centrale	2.098	21	2.033	20	1.994	21
Italia meridionale e insulare	3.480	35	3.297	35	3.235	35
Totali . . .	9.817	100	9.533	100	9.391	100

1. - Asili - nido.

Per quanto concerne in particolare gli asili - nido, la situazione è espressa dalle seguenti cifre:

Distribuzione degli asili - nido O.N.M.I.

	1964		1965		1966	
	Num.	Perc.	Num.	Perc.	Num.	Perc.
Italia settentrionale . .	253	48	254	47	252	46
Italia centrale	115	22	120	22	117	22
Italia meridionale e insulare	156	30	170	31	174	32
Totali . . .	524	100	544	100	543	100

I dati sopra riportati non riflettono comunque la disponibilità totale di asili nido poichè a quelli dell'O.N.M.I. bisogna aggiungere le analoghe istituzioni aziendali ed interaziendali (asili - nido veri e propri e camere di allattamento) nonchè quelle private, che peraltro attenuano solo in minima parte la grande richiesta di questa forma di assistenza, particolarmente congeniale al moderno sviluppo civile.

E' altresì da tener presente che 24 asili nido dell'O.N.M.I. già agibili al 31 dicembre 1967 non sono stati posti in esercizio per la difficoltà di reperire le somme necessarie al loro funzionamento.

2. - Consultori.

L'attività di medicina preventiva dell'Opera si è svolta essenzialmente attraverso i seguenti tipi di consultori: *pediatrici, ostetrico - ginecologici, dermoceltici* (che fungono anche da dispensari di cure), *prematrimoniali* e *medico - psico - pedagogici* (comunemente detti « Centri »).

La qualificazione del personale addettovi, il miglioramento dei locali e l'indirizzo strettamente preventivo delle loro prestazioni sono stati la principale preoccupazione degli Organi direttivi centrali e periferici dell'Ente.

Il numero complessivo dei consultori al 31 dicembre 1966, raffrontato con quello degli anni precedenti, è il seguente:

Tipo di consultori	1966	1965	1964	1963
Pediatrici	6.331	6.393	6.247	6.257
Ostetrico - ginecologici . . .	2.024	2.094	2.500	2.592
Dermoceltici	260	282	293	295
Prematrimoniali	10	8	5	3
Centri medico - psico - pedag. .	109	99	92	99

I *consultori pediatrici* sono i più numerosi ed oggetto di attente cure da parte degli Organi centrali e periferici dell'Opera.

Sono frequenti le revisioni del numero delle sedute consultoriali, come pure le aperture di nuovi consultori e le soppressioni di altri. Le determinazioni sono in materia adottate in base al numero delle frequenze, degli abitanti e dei nati nella località.

Consultori autotrasportati, attualmente in numero di 6, assicurano il servizio in molte circoscrizioni dove non sarebbe conveniente istituire consultori fissi.

I *consultori ostetrico - ginecologici* sono, dopo quelli pediatrici, il servizio più diffuso dell'O.N.M.I. Anche essi sono soggetti a revisioni continue secondo i criteri sopra esposti. Anche se il loro numero è diminuito dal 1963 ad oggi, quello delle sedute è aumentato ed il lavoro svolto risulta sempre più efficace ed apprezzato.

In linea di massima si deve rilevare che l'attività di queste istituzioni tende a recepire sempre più e sempre meglio l'evoluzione in atto dell'assistenza ostetrica, sulla quale sarà riferito appresso.

Così, ad esempio, si comprende in questa attività anche la psicoprofilassi ostetrica (per ora con iniziative regolari in 17 Province); i consultori ostetrico - ginecologici O.N.M.I. partecipano altresì spesso ai vari programmi di lotta alle neoplasie maligne della sfera genitale femminile, in collaborazione con gli appositi Centri oncologici.

3. - Servizio domiciliare.

All'attività consultoriale si affianca il servizio delle visite domiciliari, assicurato dalle Assistenti sanitarie e sociali (*tabella n. 5*).

Il servizio delle assistenti sociali e i suoi recenti nuovi compiti saranno trattati appresso.

4. - Assistenza con alimenti e medicinali.

L'assistenza diretta materiale ai bisognosi frequentanti i consultori è stata sempre più limitata negli anni in rapporto a quattro ordini di fattori e cioè: *a)* estensione dell'assistenza mutualistica; *b)* miglioramento del livello economico della popolazione; *c)* aumento della fiducia nella visita specialistica nei consultori; *d)* limitazioni all'acquisto, soprattutto di ricostituenti, in conseguenza delle limitate disponibilità di bilancio.

Le spese sostenute, per gli anni considerati, sono state:

Esercizio		1962 - '63	L. 758.819.428
»		1963 - '64	» 654.882.873
»	(II sem.)	1964	» 280.396.485
»		1965	» 552.195.978
»		1966	» 359.848.460

5. - Assistenza sociale.

I settori di intervento del Servizio Sociale dell'O.N.M.I. sono individuati come appresso:

— settore minori affidati in Istituti;
— settore Centri medico - psico - pedagogici;
— settore assistenza gestanti e madri nubili.

L'attività operativa del servizio sociale dell'O.N.M.I. è stata oggetto di particolare cura anche ai fini dell'aggiornamento dei metodi di intervento e di lavoro, specie in vista dell'applicazione della recente Legge 5 giugno

1967, n. 431, (detta « dell'Adozione speciale ») per quanto attiene la collaborazione con gli Organi della magistratura.

Il potenziamento di questi servizi è in atto perchè dalla loro efficienza dipende in massima parte la possibilità di diminuire i ricoveri dei minori secondo il principio programmatico inteso ad adeguare la nostra assistenza alle esperienze ed alle acquisizioni dell'igiene mentale infantile e della psico-pedagogia.

6. - Assistenza ai figli delle lavoratrici agricole stagionali.

Come per gli anni decorsi l'O.N.M.I. ha provveduto ad assistere i figli delle lavoratrici impiegate nei cicli di lavorazione agricola, con particolare riguardo alle mondine, alle tagliariso ed alle raccoglitrici di olive.

Per le prime è stata stipulata tra l'Opera, la Confederazione Generale dell'Agricoltura e le Confederazioni Nazionali Coltivatori Diretti, una convenzione per la quale l'O.N.M.I. ha prestato assistenza a tutti i figli delle mondariso impiegate nelle dodici province risicole e cioè: Milano, Pavia, Vercelli, Novara, Alessandria, Mantova, Bologna, Modena, Reggio Emilia, Ferrara, Rovigo e Verona, ricevendo dalle Organizzazioni suddette, tramite la Conf-agricoltura, la somma complessiva di L. 8.000.000 a titolo di contributo.

Un contributo di L. 16.000.000. è stato convenuto, con le stesse organizzazioni, per l'assistenza dell'O.N.M.I. prestata ai figli delle raccoglitrici di olive nelle province di Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza.

B) *ASPETTI E PROSPETTIVE NELLA PROTEZIONE DELLA MATERNITA' E DELL'INFANZIA.*

Oltre alla vigilanza sulle sopra riferite attività dell'O.N.M.I., è stata posta particolare cura nel seguire, assecondare ed indirizzare l'evoluzione di taluni settori particolari della protezione materna ed infantile e delle istituzioni relative. Al riguardo è opportuno rammentare quanto appresso.

1. - Assistenza ostetrica.

Per lungo tempo l'azione della Sanità pubblica ha mirato essenzialmente ad assicurare ad ogni partoriente l'intervento assistenziale almeno nel momento del parto.

Poichè questo evento si verificava in prevalenza a domicilio, fu potenziato l'istituto della « condotta ostetrica »; nei centri urbani furono anche sperimentati servizi di « Guardia ostetrica » permanente e, in quelli minori, « Sale da parto ».

L'empirismo ostetrico può dirsi ora debellato, come provano i dati relativi ai parti avvenuti nel 1958.

In questo anno — ultimo dell'apposita rilevazione ISTAT, compendiata nella *tabella n. 6* — su un totale di 893.658 parti solo 3.919 avvennero senza assistenza qualificata, mentre 773.041 furono assistiti dall'ostetrica (86,4%) e 116.698 dal medico (13,0%).

Quanto al luogo di espletamento, l'acclusa tabella ci indica anche che nello stesso anno 597.741 parti (66,8%) avvennero a domicilio e 292.886 (32,6%) in Istituti pubblici o privati.

Poichè dopo il 1958 non è disponibile, come si è detto, la cifra globale dei parti secondo il luogo di espletamento, riveste un certo interesse riportare (dalla Relazione ai bilanci consuntivi dell'INAM per gli anni 1958 e 1966) quale sia stata l'evoluzione delle preferenze degli assistiti dall'Ente tra questi dieci anni, tenendo peraltro presente che nel 1958 fu adottata la cosiddetta « piccola riforma dell'INAM », entrata però in vigore nel successivo 1959: in base ad essa il nostro maggiore Istituto assicuratore di malattia ha rimborsato ai propri iscritti anche le spese per ricovero in occasione del parto fisiologico.

Parti assistiti dall'INAM.

Anni	Popolazione assistita dall'INAM	Parti a domicilio	% rispetto al totale dei parti	Parti in Istituto	% rispetto al totale dei parti	Totale parti assistiti dall'INAM
1958	21.568.221	278.788	75,65%	89.683	24,35%	368.471
1966	25.884.454	219.803	42,71%	294.774	57,39%	514.577

In parallelo con le trasfomazioni del costume è però anche mutato il concetto degli scopi sociali insiti nella specialità.

Fin dal 1963 un apposito Comitato di esperti dell'O.M.S. espresse l'autorevole avviso che i legami tra ostetricia e ginecologia si sono fatti così stretti da giustificare addirittura la ricerca di una nuova denominazione onnicomprensiva (come si fa in Uruguay col termine « ginecotocologia »; *Sér. Rapp. Techn.,* 1963, n. 266, pag. 5).

Ad un analogo gruppo di studio dell'O.M.S. si deve poi l'affermazione che, in senso lato, la protezione della madre « comincia molto prima (del concepimento) e comprende tutte le misure in favore delle giovani suscettibili di divenire madri, in vista di migliorare il loro benessere ed il loro stato

Tabella n. 6.

Nati per luogo di nascita, assistenza al parto, vitalità e filiazione (1)
Anno 1958.

Filiazione	Luogo di nascita				Assistenza		
	Domicilio	Istituti pubblici e privati	Altri luoghi non indicati	Totali	dell'ostetrica	del medico (ostetr. + med.)	non qualificata
				Nati vivi			
Legittimi	574.681	270.137	2.573	847.391	743.430	100.488	3.473
Illegittimi	10.565	12.181	331	23.077	19.044	3.704	329
Totale	585.246	282.318	2.904	870.468	762.474	104.192	3.802
				Nati morti			
Legittimi	12.213	10.140	107	22.460	10.215	12.140	105
Illegittimi	282	428	20	730	352	366	12
Totale	12.495	10.568	127	23.190	10.567	12.506	117
Tot. generale (leg. e illeg.)	597.741	292.886	3.031	893.658	773.041	116.698	3.919
Percentuale	*(66,8%)*	*(32,6%)*	*(0,6%)*	*(100%)*	*(86,4%)*	*(13,0%)*	*(0,04%)*

(1) Dall'ISTAT, *Ann. Stat. Demogr.* 1958, tav. 57, pag. 93.

di salute e di aiutarle a farsi un'idea esatta della vita familiare e del posto della famiglia nella collettività. La protezione della maternità deve ugualmente comprendere dei consigli sul ruolo e la responsabilità che incombe ai genitori *(parent-craft)* e sui problemi posti dalla sterilità e dalla procreazione volontaria ». *(Sér. Rapp. Techn.,* 1966, n. 331, pag. 4).

Le conclusioni di indole pratica che l'Amministrazione ha tratto da queste autorevoli prese di posizione si possono così compendiare:

a) assegnazione di nuove funzioni alle ostetriche, (collaborazione attiva alla lotta contro i tumori della sfera genitale femminile ed agli altri programmi di sanità pubblica, come la campagna di vaccinazione antipoliomielitica);

b) difesa della condotta ostetrica, in vista della vastità dei nuovi compiti sopra enunciati;

c) migliore qualificazione dei consultori ostetrici dell'O.N.M.I.

Ai medici provinciali sono stati accreditati appositi fondi con cui premiare le ostetriche condotte che abbiano collaborato con favorevoli risultati all'adozione di speciali provvidenze per la tutela della salute dei bambini (art. 6 del D.L.L. 4 agosto 1918, n. 1395; circolare n. 80 del 25 maggio 1966).

Si sono altresì richiamate in ogni occasione le direttive per un controllo generalizzato e precoce delle gestanti (già indicato come obiettivo inderogabile nell'apposita circolare n. 69 del 13 giugno 1961) e si è incoraggiata la diffusione del metodo psicoprofilattico per la preparazione al parto naturale, come è stato già ricordato a proposito dell'attività dei consultori O.N.M.I.

2. - Assistenza ai nati di basso peso (immaturi).

Le cure prenatali possono attualmente far poco per prevenire la nascita di bambini con deficienza ponderale (immaturi) le cui possibilità di sopravvivenza — come è noto — sono tanto più scarse quanto minore è il peso.

Nelle precedenti relazioni è stato menzionato il « Programma pilota » sperimentato in Italia tra il 1952 ed il 1958 d'intesa con l'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia) e sotto gli auspici dell'O.M.S. L'esperienza acquisita ha dimostrato la validità del sollecito ricovero di questi neonati in appositi reparti funzionalmente autonomi (detti anche Centri per immaturi), specie nel caso di peso assai basso.

I nostri maggiori Istituti di ricovero ne sono ormai dotati e sarà compito della Programmazione ospedaliera estendere e perfezionare questa particolare rete assistenziale, curandone altresì i collegamenti con gli altri presidi sanitari del Paese.

Per quanto concerne l'ampiezza del problema è opportuno ricordare che la nascita di bambini immaturi (cioè di peso inferiore ai 2.500 grammi) è diventata oggetto di rilevazione statistica, a partire dal 1954, come conseguenza del Programma - pilota sopra richiamato.

I dati disponibili sono i seguenti:

Anno	Totale nati vivi	Nati vivi immaturi (classi di peso fino 2550 gr.)	Per cento nati vivi
1954	870.689	40.919	4,6
1955	869.333	39.157	4,5
1956	873.608	40.247	4,6
1957	878.906	41.823	4,7
1958	870.466	41.853	4,8
1959	901.017	43.098	4,7
1960	910.192	44.466	4,8
1961	929.657	45.388	4,8
1962	937.257	47.984	5,1
1963	960.366	49.600	5,1

Gli Enti desiderosi di acquistare o rinnovare le attrezzature specializzate (incubatrici, impianti di rianimazione, di ossigenoterapia e simili) sono stati aiutati dal Ministero mediante contributi a fondo perduto commisurati ai risultati già conseguiti ed all'entità della spesa.

Allo stato, vengono seguite con particolare attenzione le ricerche intese a stabilire i rapporti tra deficiente peso alla nascita e sviluppo futuro del bambino.

3. - Vigilanza sui brefotrofi.

La già citata legge 5 giugno 1967, n. 431, nota anche come « della Adozione speciale », dovrebbe diminuire il tempo di permanenza dei bambini abbandonati nei Brefotrofi e negli Istituti Provinciali per l'Infanzia (o IPAI).

In campo sanitario le nuove disposizioni dovrebbero comportare quindi un miglioramento delle condizioni di igiene mentale di questa categoria di bambini e la disponibilità di posti per altri scopi negli Istituti già specializzati per il loro ricovero.

Le istituzioni brefotrofiali, affidate per legge a medici specialisti in pediatria o in puericultura, spesso già dotate di attrezzature sanitarie e comunque di personale paramedico esperto nell'allevamento del bambino, attendono perciò di essere adeguatamente potenziate ed eventualmente riqualificate in vista di nuovi compiti.

Con circolare n. 92 del 1° giugno 1967 il Ministero ha espresso l'avviso che la medicina preventiva e quella riabilitativa del piccolo bambino sono i settori più congeniali all'espansione di questi servizi nel contesto delle varie espressioni sanitarie di zona.

Sarà quindi compito della programmazione locale coordinare, a livello regionale, i vari Istituti ed indicare le specializzazioni più vantaggiose in rapporto ai bisogni della popolazione infantile ed alle strutture esistenti.

Nella stessa sede dovranno essere studiati i modi ed i mezzi più idonei per garantire i necessari collegamenti con gli Ospedali e gli altri presidî sanitari.

4. - Scuole - convitto professionali per vigilatrici d'infanzia e Scuole per puericultrici.

Le Scuole per la formazione del personale paramedico di assistenza all'infanzia sono state oggetto di viva attenzione in vista dei molteplici problemi che pongono le relative attività nel quadro degli sviluppi ipotizzati dal Programma e dei rapporti con gli altri Paesi della Comunità Economica Europea.

Soprattutto la figura della vigilatrice dell'infanzia ed i programmi di insegnamento adottati nelle varie Scuole costituiscono materia di esame anche in seno all'apposita Commissione per lo studio dei problemi infermieristici, di cui è cenno in altra parte della presente relazione.

Al 31 dicembre 1967 risultavano autorizzate 12 Scuole - convitto per vigilatrici d'infanzia, di cui quattro presso Istituti di Assistenza alla prima infanzia (Brindisi, Firenze, Milano IPAI e Roma O.N.M.I.) e le restanti otto annesse ad Ospedali o Cliniche Pediatriche.

Alla stessa data era in istruttoria una domanda intesa ad ottenere l'istituzione di un'analoga Scuola - convitto presso l'Ospedale dei bambini « Di Cristina » di Palermo.

5. - Servizi di aiuto alle famiglie.

Nel triennio si sono stabiliti contatti con i Ministeri del Lavoro e della Previdenza Sociale, dell'Interno, della Pubblica Istruzione e del Tesoro per valutare l'opportunità di introdurre anche da noi Servizi di Aiuto alle Famiglie (*Homehelp - Service, Aide aux mères*) e stabilire le modalità di strutturazione più rispondenti ai nostri ordinamenti.

La complessità della materia lascia presumere che il problema richiederà un notevole tempo di maturazione, ma ne viene fatta menzione perchè gli attuali orientamenti della protezione sanitaria alla maternità vanno ponendo in primo piano i bisogni della famiglia, come è stato rilevato a proposito dei recenti indirizzi dell'assistenza ostetrica.

II. - SERVIZI DI PREVENZIONE CONTRO LE MALATTIE SOCIALI

A) TUBERCOLOSI

La lotta contro la malattia tubercolare è proseguita nel corso del triennio 1965 - 1967 con immutata tenacia e con risultati che si possono definire soddisfacenti .

L'azione dell'Amministrazione Sanitaria è stata condotta seguendo tre fondamentali indirizzi diretti:

1) al miglioramento dei servizi di accertamento;

2) al potenziamento delle attività di prevenzione;

3) alla integrazione delle attività assistenziali svolte dalle istituzioni antitubercolari.

Gli obiettivi finora raggiunti hanno dimostrato quanto prezioso sia stato il lavoro svolto i cui risultati possono valutarsi attraverso le notizie ed i dati riportati nei singoli paragrafi appresso elencati.

1. - Morbosità e mortalità.

Come è noto, nel periodo dal 1953 al 1958 il numero dei nuovi casi di tubercolosi diagnosticati presso i Dispensari antitubercolari in funzione su tutto il territorio nazionale si era costantemente mantenuto intorno ai 70.000 all'anno su un numero complessivo di individui visitati per la prima volta aggirantisi annualmente intorno ad un milione (da un minimo di 1.007.514 del 1956 ad un massimo di 1.092.475 nel 1957). Orbene, pur restando pressochè costante il numero dei soggetti visitati ogni anno per la prima volta, abbiamo assistito, a decorrere dal 1959, ad una graduale e costante diminuzione dei riconosciuti affetti da tubercolosi che si è via via ridotto fino ad arrivare a 44.385 nel 1965 ed a 41.143 nel 1966 con una contrazione che nell'ultimo triennio si è aggirata intorno al 7% circa all'anno.

I dati relativi all'anno 1967 sono finora pervenuti in piccola parte, ma pur dalla modesta aliquota di essi sembra potersi evincere che il processo di contrazione della morbosità è continuato anche in tale anno.

Per dare comunque una visione quanto mai suggestiva dell'andamento della morbosità tubercolare in Italia, è sembrato opportuno rappresentare graficamente il fenomeno *(grafico n. 4)* partendo dai dati del 1935 fino al 1966, ponendo cioè sott'occhio l'andamento della morbosità per oltre un trentennio.

Andamento che mostra cuspidi di livello altissimo negli anni dell'immediato dopoguerra (1946 - 1951), durante i quali si giunse a quasi 100.000

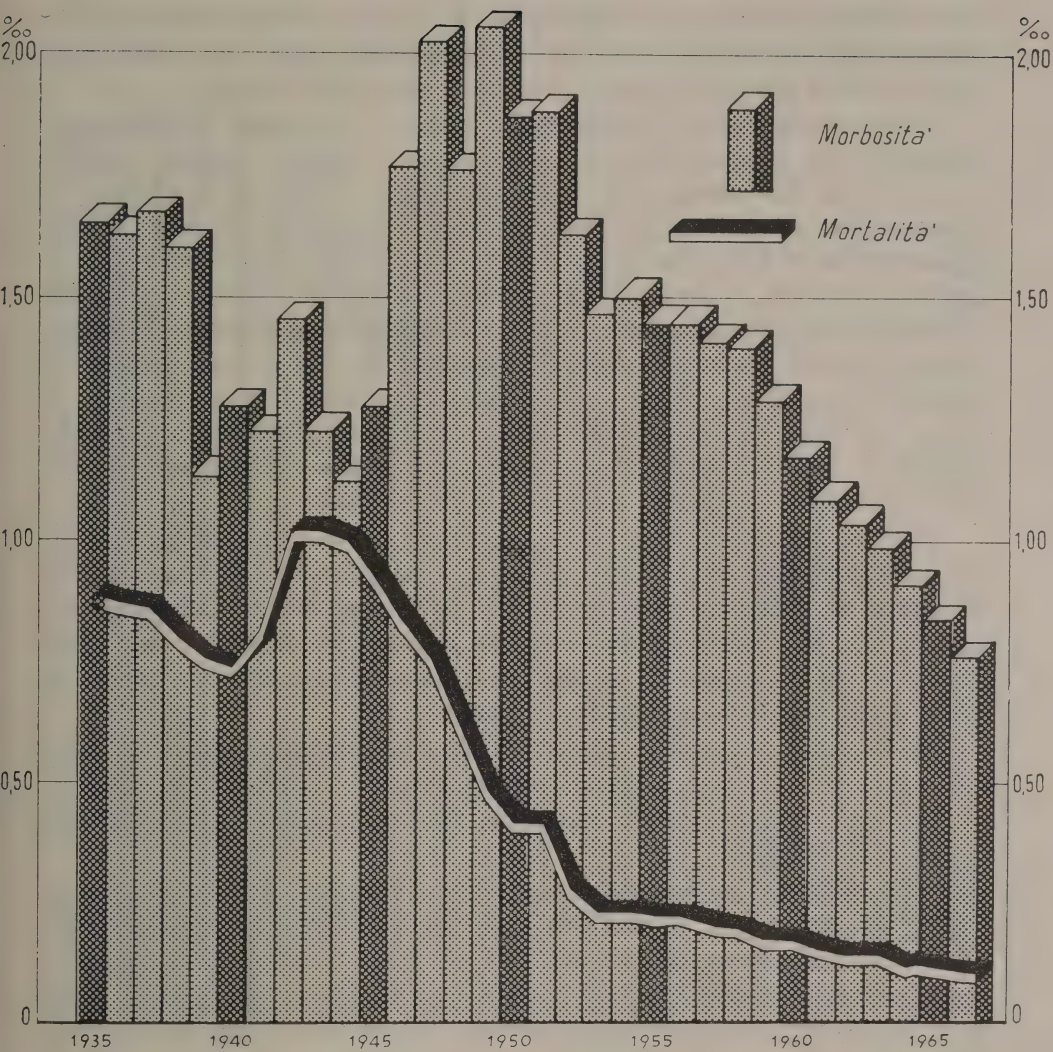



Grafico 4. - Andamento della tubercolosi in Italia dal 1935 al 1966.

(da *Bollettino di Statistica Sanitaria,* n. 9, integrato con i dati relativi al 1966).

nuovi casi di tubercolosi all'anno con un quoziente medio di 189 per 100.000 abitanti, una brusca riduzione negli anni 1952 e 1953, in corrispondenza dell'avvento della terapia isoniazidica, una fase di stabilizzazione fino al 1958, periodo durante il quale i nuovi casi di malattia si aggirarono intorno ai 70.000 all'anno, con un quoziente medio di 147 per 100.000 abitanti, ed infine una decisa contrazione, che ha avuto inizio nel 1959 e che tuttora continua portando nel 1966 a 76,43 il quoziente per 100.000 abitanti.

Se poi per tale anno si prendono in esame i dati relativi alla morbosità tubercolare per 100.000 abitanti, suddivisi per le singole Regioni *(grafico n. 5)*, si nota che esistono differenze elevatissime da Regione a Regione. Il quoziente più elevato è difatti quello del Friuli - Venezia Giulia pari a 136,29, seguono la Val d'Aosta con un quoziente di 127,12, la Sardegna con 125,40, la Liguria con 111,81, il Trentino - Alto Adige con 108,92; e così gradualmente si arriva fino alla Campania con un quoziente di 56,83, alla Emilia - Romagna con 56,42 ed al Lazio con 36,65. E' dato cioè di rilevare, per il 1966, un numero di nuovi casi per 100.000 abitanti che variano da un massimo di 136,29 nel Friuli - Venezia Giulia ad un minimo di 36,65 nel Lazio e che mettono in chiara evidenza quanto diversa sia da una zona all'altra del territorio nazionale l'incidenza della malattia tubercolare.

Egualmente, valutando i dati di morbosità per 100.000 abitanti — sempre per l'anno 1966 — per singole Province *(tabella n. 7)* si notano elevate differenze da Provincia a Provincia, ma soprattutto si nota che i dati provinciali non sono sovrapponibili a quelli regionali in quanto in una stessa Regione i dati di morbosità di una Provincia sono notevolmente diversi da quelli di un'altra Provincia anche finitima.

Le Province a quoziente più elevato appaiono comunque quelle di Lucca (202,55), Trieste (188,15), Taranto (178,16), Trento (172,38), Nuoro (160,13), mentre quelle a quoziente più basso sono nell'ordine Roma (27,16), Ravenna (21,36) e Rieti (12,98).

Dopo quanto rappresentato corre tuttavia l'obbligo di far presente che i quozienti riferiti, per quanto esatti, non possono essere perfettamente valutabili comparativamente in quanto l'affluenza della popolazione ai dispensari è notevolmente diversa da Provincia a Provincia. Comunque, poichè i soggetti malati che sfuggono all'accertamento dispensariale rappresentano una aliquota che deve essere considerata assai modesta, si può ritenere che tali soggetti influenzino relativamente l'importanza dei dati riferiti ai quali è lecito dare un valore sufficientemente probativo.

Infine, sempre nel campo della morbosità, sembra anche di un certo interesse riferire — ancora per l'anno 1966 — qualche notizia sui quozienti di morbosità relativi ai vari gruppi di età *(tabella n. 8)* suddividendo le età dei soggetti considerati in sei gruppi: fino a 9 anni, da 10 a 19, da 20 a 29, da 30 a 39, da 40 a 49 e da 50 in poi.

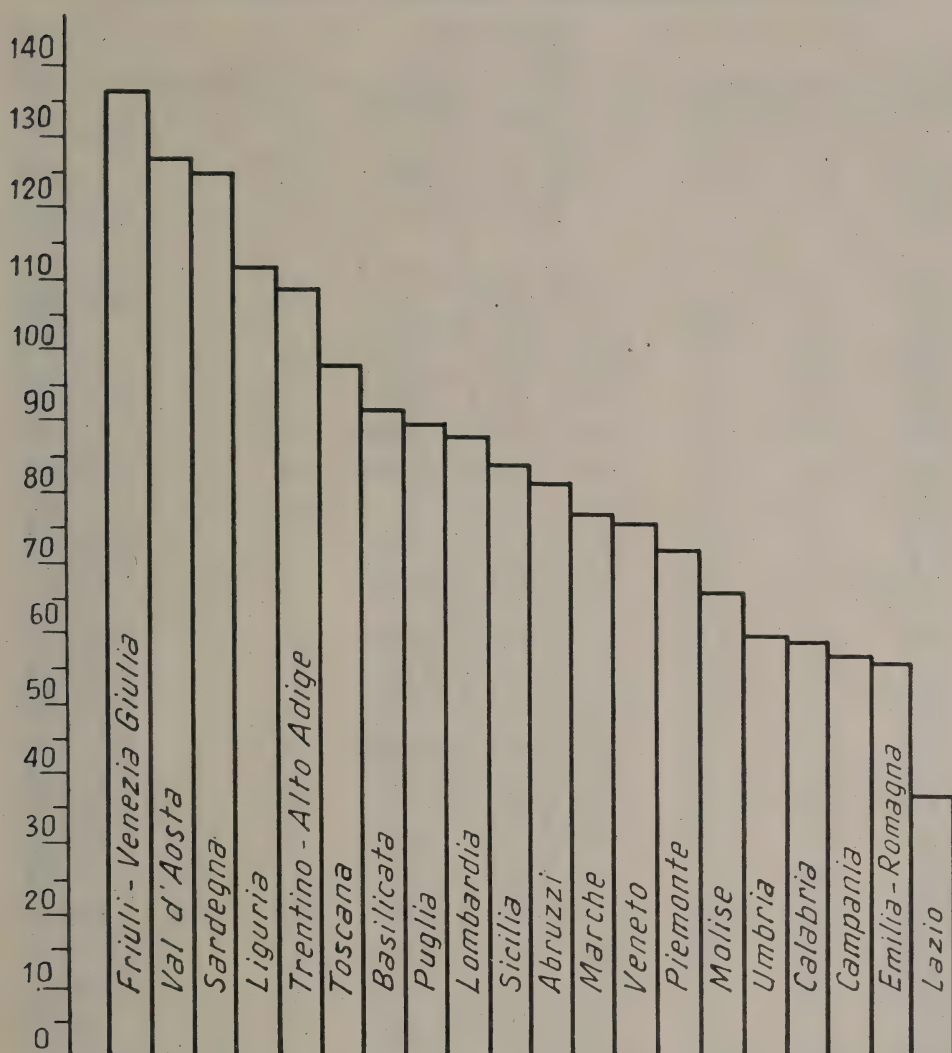



Grafico 5. - Quozienti di morbosità tubercolare per 100.000 abitanti, anno 1966, suddivisi per regione.

Tabella n. 7.

Quoziente di morbosità tbc per 100.000 abitanti, anno 1966.

Provincia	Quoziente	Provincia	Quoziente
Lucca	202,55	Matera	72,80
Trieste	188,15	Terni	72,78
Taranto	178,16	Macerata	71,85
Trento	172,38	Torino	71,80
Nuoro	160,13	Cuneo	71,23
Agrigento	145,29	Caserta	70,90
Gorizia	144,95	Varese	70,45
Pavia	144,89	Bari	69,99
Sondrio	142,66	Teramo	69,77
Genova	138,19	Siena	68,64
Enna	132,38	Messina	68,46
Cagliari	128,04	Vercelli	68,44
Aosta	127,12	Belluno	68,28
Bergamo	125,68	L'Aquila	67,83
Arezzo	115,26	Campobasso	65,76
Udine	114,28	Caltanissetta	65,60
Treviso	113,79	Napoli	62,76
Livorno	113,11	Ferrara	62,24
Rovigo	107,85	Palermo	61,79
La Spezia	104,03	Frosinone	60,40
Potenza	100,77	Venezia	60,20
Ancona	97,34	Cosenza	59,57
Pistoia	96,81	Foggia	59,07
Alessandria	94,77	Siracusa	58,38
Sassari	94,75	Novara	57,57
Catania	94,16	Benevento	56,46
Brindisi	94,15	Como	55,86
Pisa	93,31	Pesaro	54,99
Brescia	92,67	Perugia	54,55
Lecce	91,48	Vicenza	54,20
Trapani	91,26	Viterbo	52,86
Latina	91,15	Avellino	52,47
Imperia	87,66	Verona	52,24
Padova	87,53	Modena	51,89
Cremona	87,11	Asti	51,41
Pescara	83,42	Bologna	46,47
Parma	83,30	Forlì	45,37
Reggio Emilia	82,62	Bolzano	41,20
Ascoli Piceno	82,36	Chieti	37,90
Mantova	81,58	Savona	33,29
Piacenza	78,55	Salerno	32,82
Firenze	77,89	Grosseto	32,72
Massa Carrara	77,64	Reggio Calabria	32,66
Milano	77,13	Roma	27,16
Catanzaro	76,80	Ravenna	21,36
Ragusa	76,46	Rieti	12,98

Italia 77,43

Tabella n. 8.

Morbosità tubercolare per gruppi di età, anno 1966

Provincia	Numero dei nuovi casi di tbc	Distribuzione di 100 nuovi casi di tubercolosi per gruppi di età					
		fino a 9 anni	da 10 a 19	da 20 a 29	da 30 a 39	da 40 a 49	oltre 50
Alessandria	460	3,91	9,13	22,82	17,17	18,92	28,05
Asti	111	24,32	11,71	16,22	10,81	8,11	28,83
Cuneo	383	10,44	7,31	18,28	13,84	10,44	39,69
Novara	279	11,83	14,34	13,98	10,75	12,54	36,56
Torino	1.467	9,34	15,13	20,38	15,95	10,77	28,43
Vercelli	280	23,57	10,71	10,00	15,36	13,22	27,14
Aosta	134	11,19	17,91	14,18	14,18	11,94	30,60
Bergamo	994	7,95	9,36	13,28	12,57	17,30	39,54
Brescia	857	12,37	8,52	13,53	15,29	16,80	33,49
Como	374	12,57	10,43	15,24	13,90	18,72	29,14
Cremona	298	10,07	14,76	18,79	13,09	15,77	27,52
Mantova	311	10,61	10,93	15,76	11,57	15,76	35,37
Milano	2.720	11,10	13,31	24,23	15,62	12,10	23,64
Pavia	764	10,86	14,92	18,98	19,24	11,26	24,74
Sondrio	240	10,42	8,75	14,58	15,00	8,75	42,50
Varese	460	9,78	11,09	16,74	13,04	17,83	31,52
Bolzano	164	11,59	9,75	14,02	13,42	15,86	35,36
Trento	732	9,70	12,43	13,66	13,12	16,39	34,70
Belluno	159	12,58	12,58	18,87	10,69	16,35	28,93
Padova	636	14,94	15,41	20,76	15,56	12,26	21,07
Rovigo	284	16,90	16,20	13,03	16,20	10,91	26,76
Treviso	727	13,07	10,86	16,64	14,58	13,62	31,23
Venezia	471	10,62	15,07	20,38	16,35	11,25	26,33
Verona	366	12,84	12,84	19,67	16,39	13,94	24,32
Vicenza	351	13,96	14,53	27,63	12,54	11,97	19,37
Gorizia	203	24,63	11,82	16,26	15,27	13,79	18,23
Udine	890	7,53	16,63	20,22	11,46	12,70	31,46
Trieste	578	7,96	12,98	17,99	13,50	15,74	31,83
Genova	1.527	8,51	12,44	17,09	16,37	14,74	30,85
Imperia	192	19,27	18,23	17,71	10,42	6,25	28,12
La Spezia	257	6,23	8,95	12,06	13,23	20,62	38,91
Savona	93	12,90	9,68	16,13	18,28	13,98	29,03

Segue: Tabella n. 8.

Morbosità tubercolare per gruppi di età, anno 1966

Provincia	Numero dei nuovi casi di tbc	Distribuzione di 100 nuovi casi di tubercolosi per gruppi di età					
		fino a 9 anni	da 10 a 19	da 20 a 29	da 30 a 39	da 40 a 49	oltre 50
Bologna	412	5,34	14,08	24,76	17,23	10,19	28,40
Ferrara	248	8,87	22,58	18,95	15,73	15,32	18,55
Forlì	248	7,66	14,11	14,92	14,92	18,55	29,84
Modena	275	7,64	17,45	21,82	12,00	12,73	28,36
Parma	330	10,91	9,39	15,46	16,97	13,94	33,33
Piacenza	228	11,84	14,91	19,74	17,98	15,35	20,18
Ravenna	74	12,16	24,32	17,57	14,87	16,22	14,86
Reggio Emilia	316	5,69	8,86	18,04	18,35	17,41	31,65
Arezzo	353	8,78	10,77	23,51	15,01	15,02	26,91
Firenze	840	4,64	7,74	21,67	17,02	14,05	34,88
Grosseto	71	8,45	8,45	15,49	8,45	23,95	35,21
Livorno	370	6,22	7,84	14,32	13,51	21,62	36,49
Lucca	762	3,67	8,92	11,02	13,39	19,16	43,84
Massa Carrara	159	0,63	1,89	16,35	22,01	25,79	33,33
Pisa	344	4,65	11,34	23,25	15,41	15,70	29,65
Pistoia	237	9,28	14,77	24,89	12,66	12,24	26,16
Siena	181	8,84	13,26	16,02	16,57	12,71	32,60
Perugia	308	6,49	12,98	16,56	15,58	18,19	30,20
Terni	165	13,33	12,73	21,22	16,96	13,33	22,43
Ancona	400	14,75	20,00	17,00	15,00	14,25	19,00
Ascoli Piceno	259	16,98	16,22	16,22	10,42	15,83	24,33
Macerata	208	4,80	16,83	20,67	16,35	15,38	25,97
Pesaro Urbino	174	5,74	19,55	20,12	15,51	13,22	25,86
Frosinone	268	12,31	13,80	18,28	15,30	13,81	26,50
Latina	320	28,44	13,44	15,31	11,87	10,31	20,63
Rieti	20	15,00	20,00	20,00	20,00	10,00	15,00
Roma	866	13,04	16,74	21,82	14,09	13,75	20,56
Viterbo	138	13,77	15,94	15,94	16,66	15,94	21,75
Campobasso	231	16,45	22,94	17,75	13,42	8,66	20,78
Chieti	142	11,97	18,31	23,24	17,60	7,05	21,83
L'Aquila	218	14,68	20,18	16,97	9,17	16,52	22,48
Pescara	217	15,67	17,05	17,97	13,83	13,36	22,12

Segue: Tabella n. 8.

Morbosità tubercolare per gruppi di età, anno 1966

Provincia	Numero dei nuovi casi di tbc	Distribuzione di 100 nuovi casi di tubercolosi per gruppi di età					
		fino a 9 anni	da 10 a 19	da 20 a 29	da 30 a 39	da 40 a 49	oltre 50
Teramo	184	9,24	19,02	25,00	15,22	13,04	18,48
Avellino	245	17,14	21,23	13,88	11,84	12,24	23,67
Benevento	177	9,60	9,04	20,90	13,56	31,08	15,82
Caserta	490	17,14	26,53	15,72	9,80	10,20	20,61
Napoli	1.636	17,30	17,97	19,81	14,36	12,04	18,52
Salerno	315	16,51	23,18	17,78	17,46	13,01	12,06
Bari	926	24,73	25,27	16,97	11,01	7,34	14,68
Brindisi	344	31,39	22,97	17,15	7,27	8,14	13,08
Lecce	653	30,78	19,30	12,71	9,34	9,65	18,22
Taranto	886	19,52	19,52	18,74	14,00	14,22	14,00
Matera	149	19,46	32,22	18,12	10,06	6,05	14,09
Potenza	443	29,80	27,99	10,62	11,29	10,15	10,15
Catanzaro	576	31,95	19,62	14,41	10,94	7,63	15,45
Cosenza	428	14,72	23,36	17,99	11,45	11,22	21,26
Reggio Calabria	199	8,04	10,55	15,08	16,08	11,56	38,69
Agrigento	706	24,22	16,15	16,28	14,45	11,76	17,14
Caltanissetta	201	25,87	20,90	15,92	13,93	6,96	16,42
Catania	889	36,22	13,39	11,25	12,04	11,70	15,41
Enna	298	23,83	24,16	15,77	13,09	10,40	12,75
Messina	475	9,47	12,21	16,00	18,53	14,11	29,68
Palermo	721	27,73	18,44	17,06	12,90	6,81	17,06
Ragusa	197	14,22	20,30	18,27	14,73	12,18	20,30
Siracusa	211	14,22	27,01	24,17	11,85	9,95	12,80
Trapani	398	41,96	18,60	14,57	7,53	6,53	10,81
Cagliari	1.014	19,92	25,25	20,81	9,67	9,27	15,08
Nuoro	461	23,64	18,44	19,09	11,93	11,06	15,84
Sassari	373	16,09	25,74	23,32	12,87	8,58	13,40
Italia	41.143	14,63	15,53	18,08	14,00	12,94	24,82

Per quanto attiene a questo tipo di indagine si deve innanzitutto osservare che i dati percentuali di morbosità, rilevati nelle singole 92 Province del territorio nazionale nei confronti dei soggetti appartenenti ai gruppi di età sopra specificati, sono così diversi da Provincia a Provincia che non è consentito di poter trarre da essi delle conclusioni univoche. Infatti, se si considerano i soggetti in gruppo di età da 0 a 9 anni si trova una morbosità percentuale che è di 36,22 nella Provincia di Catania e di 0,63 in quella di Massa Carrara; per i soggetti in età da 10 a 19 anni si va dal 27,99 della Provincia di Potenza all'1,89 della Provincia di Massa Carrara; per i soggetti da 20 a 29 anni si oscilla dal 27,63 della Provincia di Vicenza al 10,00% nella Provincia di Vercelli; per i soggetti da 30 a 39 anni la morbosità percentuale massima si rileva nella Provincia di Massa Carrara con il 22,01 e la minima nella Provincia di Brindisi con il 7,27; per i soggetti da 40 a 49 anni la morbosità massima è quella rilevata nella provincia di Benevento con 31,08 e la minima è quella della Provincia di Imperia con 6,25 ed infine, per i soggetti di oltre 50 anni, la morbosità percentuale massima è stata rilevata nella Provincia di Lucca con 43,84 e la minima nella Provincia di Potenza con 10,15.

Se invece consideriamo la morbosità percentuale, nei singoli gruppi di età sopra riferiti, per l'intero territorio nazionale, la conclusione che si può trarre è che la più elevata percentuale di soggetti riconosciuti affetti da tubercolosi nell'anno 1966 è compresa nel gruppo di età oltre i 50 anni (24,82), cui segue il gruppo di età tra i 20 e i 29 anni (18,08), mentre la più bassa percentuale si riscontra nei soggetti al di sotto dei 9 anni (14,63).

Il che sta a conferma delle affermazioni che in più sedi, qualificate, sono state fatte, e cioè che la malattia tubercolare ha la sua maggiore incidenza nei soggetti di età avanzata e nei giovani dai 20 ai 30 anni.

Per quanto riguarda la mortalità per tubercolosi seguita a rilevarsi una costante diminuzione nel numero dei decessi che nel 1965 è stato di 6.699, nel 1966 di 5.815 e nei primi 10 mesi del 1967 di 4.199.

Il quoziente per 100.000 abitanti è passato dal 13,1 del 1965 al 10,9 del 1966. Se poi si considerano i soli primi 10 mesi del 1966 e si raffrontano ai primi 10 mesi del 1967 (ultimi dati disponibili) si rileva che i morti sono discesi da 4.753 a 4.199 (11,63% in meno) e che il quoziente di mortalità per 100.000 abitanti è disceso da 8,94 a 7,90.

Si tratta in definitiva di una flessione della mortalità che è non solo costante, ma anche di notevole grado e che certamente risente sempre di più della contrazione della morbosità, che si verifica da alcuni anni, i cui riflessi sulla mortalità si evidenziano con un certo ritardo.

D'altra parte la mortalità per tubercolosi vista nell'arco degli ultimi 30 anni *(grafico n. 4)* mostra un andamento che è quanto mai interessante.

Infatti alla elevata mortalità dell'immediato dopoguerra segue, nel 1949, una rapida discesa della mortalità stessa dovuta all'impiego in terapia della

streptomicina e quindi, dopo una stasi di un paio di anni, una ancora più rapida discesa nel 1952 in coincidenza della introduzione della terapia isoniazidica. Infine ha inizio la graduale, costante contrazione che ancor oggi continua.

Anche i quozienti di mortalità, come è stato osservato per la morbosità ed in misura assai maggiore che per quest'ultima, appaiono assai diversi da regione a regione (*grafico n. 6*) e da provincia a provincia (*tabella n. 9*).

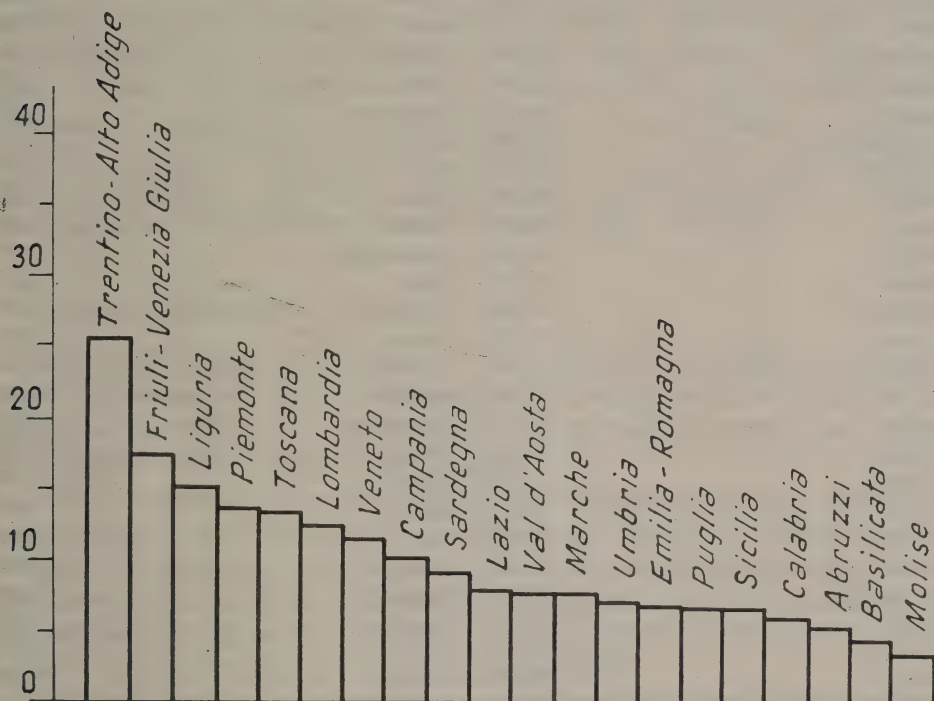



Grafico 6. - Quozienti di mortalità per tbc per 100.000 abitanti, anno 1966, suddivisi per regione.

Limitando l'osservazione all'anno 1966 si rileva che i quozienti di mortalità per 100.000 abitanti appaiono elevatissimi nel Trentino - Alto Adige (25,77) e notevolmente alti nel Friuli - Venezia Giulia (17,37), nella Liguria (15,78), nel Piemonte (14,92) e nella Toscana (14,79) e via via decrescono nelle altre Regioni fino a raggiungere quozienti modesti nella Calabria (6,93), negli Abruzzi (5,41), nella Basilicata (4,19) e nel Molise (3,98).

E ancora per l'anno 1966, osservando i quozienti di mortalità, sempre per 100.000 abitanti, nelle singole Province, si nota che essi sono assai elevati in alcune di esse quali la Provincia di Trento (38,15), di Trieste (36,45), di Belluno (33,49), di Sondrio (28,53), di Treviso (21,60) e sono invece bassis-

Tabella n. 9.

Quoziente di mortalità per TBC per 100.000 abitanti, anno 1966

Provincia	Quoziente	Provincia	Quoziente
Alessandria	16,89	Pisa	11,39
Asti	6,94	Pistoia	6,12
Cuneo	18,22	Siena	19,72
Novara	14,85	Perugia	9,38
Torino	15,46	Terni	4,41
Vercelli	9,77	Ancona	12,65
Aosta	8,53	Ascoli Piceno	4,39
Bergamo	14,54	Macerata	7,25
Brescia	17,41	Pesaro Urbino	8,21
Como	18,67	Frosinone	9,24
Cremona	11,69	Latina	3,13
Mantova	12,32	Rieti	5,19
Milano	10,03	Roma	9,72
Pavia	14,22	Viterbo	2,29
Sondrio	28,53	Campobasso	3,98
Varese	15,16	Chieti	5,87
Bolzano	12,56	L'Aquila	3,73
Trento	38,15	Pescara	3,07
Belluno	33,49	Teramo	9,10
Padova	9,08	Avellino	4,49
Rovigo	10,63	Benevento	2,55
Treviso	21,60	Caserta	5,06
Venezia	7,79	Napoli	13,84
Verona	10,56	Salerno	9,48
Vicenza	9,57	Bari	8,69
Gorizia	16,42	Brindisi	9,03
Udine	10,01	Foggia	6,43
Trieste	36,45	Taranto	6,03
Genova	16,47	Lecce	6,72
Imperia	12,78	Matera	3,42
La Spezia	19,83	Potenza	4,54
Savona	11,81	Catanzaro	8,93
Bologna	8,91	Cosenza	5,28
Ferrara	5,52	Reggio Calabria	6,40
Forlì	8,41	Agrigento	2,26
Modena	8,30	Caltanissetta	5,87
Parma	8,33	Catania	6,67
Piacenza	6,20	Enna	3,99
Ravenna	5,48	Messina	10,37
Reggio Emilia	9,41	Palermo	11,65
Arezzo	16,65	Ragusa	3,10
Grosseto	10,60	Siracusa	6,08
Livorno	16,50	Trapani	6,42
Firenze	14,83	Cagliari	10,60
Lucca	17,01	Nuoro	5,21
Massa Carrara	19,53	Sassari	10,41

Italia 10,94

simi in altre Province quali quelle di Ragusa (3,10), Pescara (3,07), Viterbo (2,29), Agrigento (2,26).

E' bensì vero che a tali quozienti va dato un valore relativo in quanto molti infermi di tubercolosi muoiono in Istituti di cura, pubblici o privati, spesso dislocati in Province diverse da quelle in cui gli infermi stessi risiedono; e conseguentemente nelle Province nelle quali maggiore è la disponibilità di posti - letto per tbc più grande è l'incidenza dei morti. E' però d'altra parte altrettanto vero che se pure va tenuta presente la considerazione predetta, essa non è tale da giustificare le notevoli differenze rilevate da una Regione all'altra (la mortalità del Trentino - Alto Adige è sei volte maggiore di quella del Molise) o da una Provincia all'altra (la mortalità della provincia di Trieste è quindici volte maggiore di quella della provincia di Viterbo). Si tratta di differenze in alcuni casi così spiccate da non poter essere sottovalutate e pertanto i quozienti di mortalità riportati, se anche non hanno un valore assoluto, sono certamente assai indicativi.

2. - Servizi dispensariali.

Costante impegno del Ministero è stato quello di assicurare il più efficiente funzionamento della rete dispensariale contribuendo, nei limiti delle disponibilità di bilancio, al rinnovo delle attrezzature, al potenziamento degli impianti ed allo sviluppo delle dotazioni.

Non è sembrato necessario stimolare la istituzione di nuovi dispensari (che comunque sono passati dai 623 esistenti alla data del 31 dicembre 1964 ai 630 del 31 dicembre 1967) in quanto si ritiene che il funzionamento di un dispensario per ogni 82.000 abitanti in media possa considerarsi sufficiente alle necessità attuali della popolazione che può beneficiare di facili e rapidi mezzi di comunicazione e di una buona viabilità.

Del resto le cifre qui appresso riportate sono la eloquente dimostrazione della massima attività svolta da questi organismi che a buon diritto sono considerati il fulcro su cui si impernia la lotta contro la tubercolosi.

Il numero delle presenze presso i dispensari è stato infatti nel 1965 di 3.688.756 e nel 1966 di 3.474.354; il numero complessivo delle persone visitate è stato di 2.447.772 nel 1965 e di 2.381.520 nel 1966 ed il numero delle persone visitate per la prima volta di 1.039.406 nel 1965 e di 1.035.519 nel 1966 *(tabella n. 10)*.

Ma l'accertamento di malattia non è la sola attività che caratterizza la funzione dispensariale, anche se ne è la più rappresentativa.

Ai dispensari è infatti devoluto il compito del controllo sistematico dei bambini predisposti alla tbc ai quali vengono eseguite le prove di reattività cutanea alla tubercolina e praticati i conseguenti interventi di chemio - profilassi o di vaccinazione antitubercolare in ordine allo stato biologico - immunitario di ciascun bambino; ai dispensari è anche devoluto il compito del

ATTIVITÀ DELLE ISTITUZ

Anno	Numero morti per tbc in tutte le forme	Quoziente di mortalità per tbc.	Numero dei dispensari	Numero presenze ai dispensari	Numero complessivo persone visitate presso dispensari	Numero persone visitate per la prima volta	Numero nuovi riconosciuti affetti da tbc.	N. con
								Osped. San.li Rep. osp. tbc.
1958	9.526	18,9	581	3.962.080	2.293.498	1.043.678	70.674	361
1959	8.804	17,3	590	4.055.569	2.480.922	1.042.416	65.457	349
1960	8.546	16,7	601	3.892.469	2.398.088	1.071.784	58.644	335
1961	7.866	15,5	606	3.884.396	2.441.223	1.132.460	54.564	315
1962	7.820	15,4	615	3.660.405	2.345.702	1.049.588	51.518	312
1963	7.345	14,5	623	3.642.302	2.326.494	1.036.897	51.400	305
1964	6.799	13,1	623	3.641.695	2.378.536	1.014.431	47.498	291
1965	6.699	13,1	627	3.688.756	2.447.772	1.039.406	44.385	279
1966	5.815	10,9	628	3.474.354	2.381.520	1.035.519	41.143	261

controllo periodico di tutti gli ex infermi di tubercolosi ai quali vengono anche somministrati, ciclicamente, per un periodo da uno a due anni dalla dimissione dai sanatori, preparati isoniazidici a scopo di consolidamento della guarigione, di prevenzione delle recidive e per evitare processi di cronicizzazione; ai dispensari è affidata l'attività immunoprofilattica in generale; ai dispensari è in modo particolare conferita la responsabilità di divulgare quei princìpi di educazione sanitaria dai quali ciascun individuo trae maggiore coscienza e consapevolezza dei propri doveri verso se stessi e verso gli altri.

Si aggiunge che con apposita circolare del 7 marzo 1967 il Ministero ha conferito anche ai Dispensari il preciso incarico, ritenuto essenziale ai fini profilattici, di sottoporre, a sistematico controllo, almeno una volta l'anno, tutto il personale addetto alle istituzioni antitubercolari, nonchè i congiunti conviventi, effettuando tale controllo mediante l'esame schermografico e la rilevazione della soglia di reattività alla tubercolina, integrati ovviamente da ogni altro esame clinico, radiologico e di laboratorio che risulti indicato volta per volta.

E sembra doveroso affermare che questi compiti e queste funzioni i servizi dispensariali hanno svolto egregiamente e che il grado di efficienza rag-

Tabella n. 10.

ITUBERCOLARI

covero	Numero complessivo dei posti-letto				Numero complessivo giornate di degenza			
Prev. comuni Colonie perm.	Osped. San.li Rep. osp. tbc.	Case di cura private	Preventori vigilati	Prevent. comuni colonie perm.	Osped. San.li Rep. osp. tbc.	Case di cura private	Preventori vigilati	Preventori comuni e colonie permanenti
126	60.933	16.188	13.049	19.396	18.136.978	4.328.443	3.386.924	4.804.088
133	59.870	16.791	13.557	19.667	17.675.816	4.882.763	3.693.258	4.725.633
138	56.826	17.108	12.062	21.622	17.112.944	4.636.769	3.309.200	5.736.126
144	54.368	18.463	11.444	22.427	15.233.813	4.805.285	3.038.155	5.873.563
147	52.663	17.802	10.829	22.866	15.225.580	4.692.566	2.982.645	6.098.005
146	50.537	16.797	12.077	21.960	14.835.490	4.628.709	3.032.482	5.635.551
125	47.645	15.891	12.325	22.926	13.365.516	3.948.034	2.921.296	5.701.003
174	43.319	14.990	11.380	26.038	12.188.733	3.642.148	2.835.178	6.531.310
167	40.206	13.909	10.848	25.347	12.321.747	3.427.157	2.550.245	6.145.132

giunto dalla organizzazione dispensariale — pur se talora qualche deficienza o qualche lacuna è qua e là affiorata — deve considerarsi nel complesso elevato.

D'altra parte è doveroso aggiungere che poichè nulla è perfetto, ma tutto è perfettibile, l'azione di stimolo finora condotta dal Ministero non subirà rallentamenti, ma proseguirà con il maggiore impegno specie presso quei dispensari che in questo soddisfacente complesso hanno dimostrato un minor livello di funzionalità.

3. - Servizi sanatoriali.

Il fenomeno più importante che si deve rilevare per quanto attiene agli Istituti di cura per tubercolosi è quello della graduale contrazione dei posti - letto che si è andata verificando in misura nettamente superiore alla diminuzione delle giornate di degenza.

Infatti al 31 dicembre 1965 i Sanatori, Ospedali Sanatoriali e Reparti ospedalieri per tbc erano 279 con 43.319 posti - letto; le Case di Cura private 106 con 14.990 posti - letto; in totale 385 istituzioni con 58.309 posti - letto.

Al 31 dicembre 1966 i Sanatori, Ospedali Sanatoriali e Reparti ospedalieri per tbc sono diventati 261 con 40.206 posti - letto; le Case di Cura private 97 con 13.009 posti - letto: in totale 358 istituzioni con 53.215 posti - letto, con una diminuzione di posti - letto rispetto all'anno precedente di circa il 9%.

Contemporaneamente le giornate di degenza consumate complessivamente presso tali Istituti sono state 15.830.881 nel 1965 e 15.748.904 nel 1966 con una diminuzione rispetto all'anno precedente di circa lo 0,50%.

Talchè, mentre nel periodo 1959 - 1964, nel complesso degli Istituti di cura per tbc, oltre 16.000 posti - letto, pari al 23% del totale, sono rimasti giornalmente inutilizzati, nel biennio 1965 - 66 i posti - letto giornalmente inutilizzati sono stati circa 11.000, e cioè il 20% circa del totale della recettività.

Se poi si considerano esclusivamente le pubbliche istituzioni di cura per tbc (sanatori, ospedali sanatoriali e reparti ospedalieri) si rileva che mentre al 31 dicembre 1963 su un totale di 50.337 posti ne erano rimasti inutilizzati in media nell'anno 9.900, e cioè il 19,50% della totale capacità recettizia, al 31 dicembre 1966, su una disponibilità totale di 40.206 posti - letto, ne sono rimasti inutilizzati in media nell'anno 6.540, e cioè circa il 16% della capacità recettiva totale.

Ciò in quanto mentre nel corso del triennio si è verificata una riduzione del numero dei posti - letto del 20%, le giornate di degenza, nello stesso periodo, sono passate da 14.835.490 a 12.321.747 con una riduzione del 16,9%.

Si è cioè in sostanza verificata una tendenza spontanea alla trasformazione del fine delle pubbliche istituzioni di cura per tbc che sono diminuite, nel triennio considerato, da 305 a 261; ed il fatto che la capacità recettiva si sia andata riducendo in misura maggiore rispetto alla morbilità sembra indicare che la situazione evolve verso un equilibrio tra capacità recettiva e fabbisogno.

E qui sembra opportuno ricordare che un interessante intervento svolto dall'Amministrazione Sanitaria allo scopo di garantire il pieno ed efficiente funzionamento di tutte le istituzioni pubbliche di cura per tubercolotici esistenti nelle 19 Province delle 4 Regioni Meridionali del Paese (Basilicata, Calabria, Puglia e Sicilia) è stato attuato, a decorrere dal 1° luglio 1965, con l'attuazione di un piano che, tenendo conto da un lato dei posti - letto esistenti in quelle Province e dall'altro degli infermi di tubercolosi che erano stati assistiti in media nell'ultimo triennio dai Consorzi Antitubercolari delle Province medesime, ha previsto l'assegnazione a favore di ciascuno di tali Consorzi di un certo numero di giornate di degenza da consumare — a totale carico del Ministero — presso i pubblici istituti di cura per tbc, in funzione nelle 4 Regioni. I benefici effetti di tale piano, che ha successivamente subìto e potrà ancora subire lievi varianti in rapporto a mutate esigenze locali e per necessari perfezionamenti, sono già chiaramente apparsi sia nei confronti degli Istituti di cura, la cui efficienza e funzionalità è indubbiamente aumen-

tata, e sia nei riguardi degli ammalati che hanno trovato sicura e più idonea assistenza.

Per quanto poi riguarda i preventori vigilati al 31 dicembre 1965 erano in funzione n. 75 Istituti con 11.380 posti - letto e al 31 dicembre 1966 n. 69 Istituti con 10.848 posti - letto.

Le giornate di degenza complessivamente in essi consumate sono state 2.835.178 nel 1965 e 2.550.245 nel 1966.

Per tali Istituti — a differenza delle istituzioni sanatoriali per adulti — il numero dei posti - letto rimasti inutilizzati è andato annualmente aumentando. Infatti, mentre nel biennio 1963 - 1964 la media dei posti - letto rimasta giornalmente inutilizzata è stata del 25% circa, nel biennio 1965 - '66 la media dei posti vuoti è salita a circa il 35%. Fenomeno che si spiega facilmente se si considera che le forme di tubercolosi primaria attiva dell'infanzia sono in costante diminuzione in virtù delle diminuite fonti di contagio, dei sempre maggiori interventi di vaccinazione e chemioprofilassi e della accresciuta assistenza di carattere preventoriale.

In definitiva quindi è da auspicare che, alla pari di quanto si è verificato e continua a verificarsi nel settore degli Istituti e dei reparti per tbc adulti che vanno contraendosi per la graduale conversione ad altri usi, si provveda in egual senso nel campo delle istituzioni di cura per bambini tbc la cui gestione comincia per molte di esse a diventare particolarmente difficile.

4. - Assistenza preventoriale.

Nel triennio 1965 - 1967 l'Amministrazione Sanitaria ha rivolto una particolare cura al settore preventoriale proponendosi di raggiungere essenzialmente le seguenti due finalità: una intensificazione degli interventi ed una maggiore qualificazione dell'assistenza.

Le istituzioni che operano in questo delicato settore della lotta antitubercolare, e cioè i preventori comuni, comunemente denominati colonie permanenti, erano al 31 dicembre 1965 n. 174 con complessivi 26.038 posti - letto; al 31 dicembre 1966 n. 167 con 25.347 posti - letto. Le giornate di ricovero presso essi consumate sono state 6.531.310 nel 1965 e 6.145.132 nel 1966.

Sono dati che stanno a testimoniare un aumento, rispetto al passato, del numero dei bambini avviati in preventorio in quanto, mentre nel precedente biennio 1963 - '64 le giornate di ricovero preventoriale erano state complessivamente 11.336.554, nel biennio 1964 - '65 sono diventate 12.676.442 con un incremento del 12% circa.

Ma la maggiore attenzione dell'Amministrazione Sanitaria è stata però dedicata all'opera di selezione degli Istituti preventoriali.

E' stato infatti disposto, nel giugno 1965, un primo controllo di tali Istituti da parte dei singoli Medici Provinciali i quali hanno avuto l'incarico di accertare il possesso, da parte di ogni Preventorio, dei requisiti previsti dalle

vigenti disposizioni di legge, nonchè di controllare che le prestazioni sanitarie a favore dei bambini ricoverati corrispondessero a quelle tassativamente previste e che le tabelle dietetiche fossero rigorosamente osservate.

Un altro controllo degli stessi Istituti, allo scopo di operare una nuova e più rigorosa selezione, è stato effettuato nell'anno 1967 a diretta cura di funzionari del Servizio Ispettivo Centrale Medico del Ministero i quali non solo hanno nuovamente esaminate le strutture funzionali di tali Istituti — soffermando in particolar modo la loro attenzione sulle assoluta idoneità degli ambienti adibiti a dormitori, refettori, aule scolastiche, palestre di ricreazione, ecc., e sulla perfetta efficienza dei servizi igienici e di riscaldamento, dei reparti di infermeria e di isolamento — ma hanno anche accuratamente controllato la qualità e la quantità del personale addetto e la regolare tenuta dei registri e delle schede biografiche su cui devono essere annotate le note anamnestiche, i dati obiettivi, i risultati delle analisi ed i trattamenti profilattici e terapeutici effettuati.

In tale occasione il Ministero ha anche ritenuto di dover richiamare ancora una volta l'attenzione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari sulla importanza dell'assistenza preventoriale, la cui responsabilità resta interamente affidata ai Consorzi stessi, e di dover ribadire quali sono le categorie di bambini che devono intendersi predisposti alla tubercolosi e che devono essere avviati, ogni qual volta sia possibile, in preventori comuni. Le categorie elencate sono le seguenti:

1) bambini figli di tubercolotici o comunque appartenenti a famiglie in cui esistano o siano esistiti casi di tubercolosi;

2) bambini con esiti di adenopatia tracheo-bronchiale o di altri processi della tubercolosi primaria;

3) bambini che siano di costituzione gracile, linfatici, oligoemici, deperiti e che contemporaneamente vivano in ambienti antigienici e malsani e siano insufficientemente alimentati.

Si ha motivo di ritenere che a seguito di tali interventi, e nel quadro delle disposizioni impartite, l'assistenza preventoriale, sempre più qualificata, contribuirà efficacemente ad una riduzione ancora maggiore della morbosità tubercolare e ad un conseguente ulteriore miglioramento della situazione epidemiologica.

5. - Profilassi antitubercolare specifica.

Si può esplicitamente affermare che le attività di profilassi immunitaria antitubercolare sono state al centro dell'attenzione dell'Amministrazione Sanitaria la quale ha considerato e considera la vaccinazione antitubercolare il caposaldo fondamentale della lotta contro la malattia.

In relazione a tale convincimento sono state emesse nuove circolari intese a stimolare i Consorzi Antitubercolari perchè intensificassero al massimo la pratica della vaccinazione che in Italia è ancora lontana dal raggiungere quella estensione che gli esperti ritengono necessaria per le popolazioni, come quella italiana, nelle quali l'indice tubercolinico da contagio naturale e la morbosità tubercolare hanno tuttora valori di un certo rilievo.

In particolare, con una circolare del novembre 1965, è stata sottolineata la necessità di dare sviluppo alla vaccinazione a carattere selettivo che costituisce un intervento di sicuro valore ove si consideri che nell'attuale fase epidemiologica è abbastanza agevole individuare i nuclei di popolazione maggiormente colpiti dalla malattia la quale, nell'ambito dei nuclei stessi, assume assai spesso carattere familiare.

In più, nel 1967, al fine di procedere con sicuro orientamento nell'azione da svolgere per imprimere un nuovo impulso alla contrazione della morbosità tubercolare, è stata ravvisata l'opportunità di chiedere il parere del Consiglio Superiore di Sanità sulla vaccinazione antitubercolare nell'attuale situazione epidemiologica in Italia.

Il Consiglio Superiore — premesso che in base alle esperienze acquisite in decenni di applicazione si possono ritenere confermate al di là di ogni dubbio la innocuità e la efficacia della vaccinazione antitubercolare — ha affermato che la pratica vaccinale deve essere intensificata quanto più possibile a cura dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, organismi ai quali le vigenti disposizioni di legge attribuiscono in primo luogo i compiti della profilassi nel settore.

Lo stesso Consiglio Superiore di Sanità ha anche elencato le categorie di soggetti, tubercolino - negativi, che è necessario sottoporre a vaccinazione antitubercolare, ed ha espresso altresì il parere che, specie nelle zone in cui si registrano alti livelli di morbosità tubercolare, la vaccinazione venga praticata estensivamente nel periodo scolastico, a partire dal 3° anno di vita, scegliendo l'età ritenuta più conveniente in rapporto con la situazione epidemiologica locale; e che la stessa vaccinazione venga praticata a tutti i soggetti che vivono in qualsiasi ambiente ove esista un particolare rischio di infezione.

Il parere dell'Alto Consesso è stato oggetto di una apposita circolare ministeriale, emessa nel settembre 1967, con la quale l'Amministrazione Sanitaria, nel sottolineare ancora una volta la necessità che venga posto il massimo impegno nell'attività di profilassi vaccinale della tubercolosi, ha reso noto ai Medici Provinciali ed ai Consorzi Provinciali Antitubercolari le categorie di soggetti a cui il predetto Consesso ha ritenuto che debba essere praticata la vaccinazione e che qui di seguito si trascrivono:

— figli di tubercolotici o conviventi in nuclei familiari di tubercolotici ai quali è bene che l'intervento vaccinale sia attuato il più precocemente pos-

sibile con vaccini che promuovano una rapida e sicura comparsa dello stato immunitario;

— figli o conviventi con il personale in servizio presso gli Istituti di cura pubblici e privati per tubercolotici;

— personale degli Istituti di cura pubblici e privati per tubercolotici, degli ospedali generali e degli ospedali psichiatrici all'atto dell'assunzione in servizio;

— studenti di medicina all'atto della iscrizione alle Università;

— giovani risultati abili alla visita di leva che dai Comandi competenti dovrebbero essere avviati ai Consorzi Provinciali Antitubercolari per la vaccinazione in modo che essi inizino il servizio militare avendo già acquisito poteri biologici di difesa contro la malattia tubercolare.

I risultati di questa intensa azione di stimolo svolta dal Ministero della Sanità non sono ancora evidenziabili in quanto si tratta di una attività ancora troppo recente perchè se ne possano vedere i frutti.

Vi è peraltro motivo di ritenere che l'autorevole voce del Consiglio Superiore di Sanità sia stata accolta con vasti moti di consenso e che essa già vada sviluppando fermenti di opere intese a dare un notevole incremento alla pratica vaccinale.

Per quanto concerne qualche dato sulle vaccinazioni si aggiunge che nell'anno 1966, 31 Consorzi Provinciali Antitubercolari hanno svolto una certa attività nel campo della profilassi immunitaria; risulta infatti che 87.159 soggetti sono stati sottoposti a prova tubercolinica e 20.530 di essi sono stati vaccinati.

Nel primo semestre 1967 i dati finora pervenuti al Ministero riguardano solo 13 Consorzi Provinciali Antitubercolari ed indicano in 39.176 i soggetti sottoposti a prova tubercolinica ed in 16.649 i vaccinati.

Nonostante nel primo semestre 1967 vi sia stato, come è facile vedere, un notevole incremento nel numero delle vaccinazioni rispetto all'anno precedente, bisogna riconoscere che le cifre sopra riportate sono ancora assai modeste e mostrano quanto ancora si debba intensamente lavorare in questo campo di attività.

Non è noto il numero delle vaccinazioni eseguite presso le Cliniche Tisiologiche Universitarie, presso gli Istituti Universitari di Igiene e presso gli Uffici Comunali di Igiene, ad esclusione di quello di Milano che nel corso dell'anno scolastico 1966 - '67 ha eseguito 9.111 vaccinazioni antitubercolari.

Si ritiene infine opportuno far presente che anche la chemio - profilassi antitubercolare mediante isoniazide, praticata ai bambini tubercolino - positivi, continua ad essere espletata dalla quasi totalità dei Consorzi Provinciali Antitubercolari che nel 1966 hanno sottoposto a tale trattamento circa 6.500 bambini. I dati relativi al 1967 non sono ancora pervenuti.

6. - Legislazione.

Un provvedimento legislativo di notevole portata a favore dei tubercolotici non assistiti in regime assicurativo da parte dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale è stato quello che forma oggetto della legge n. 1 dell'11 gennaio 1967 la quale prevede per la prima volta la erogazione di prestazioni economiche a favore di tali infermi e dei rispettivi familiari a carico durante il periodo di ricovero in Istituti di cura.

Con tale legge è stata infatti colmata una grave lacuna la quale creava condizioni di profonda differenza tra i tubercolotici assicurati, che durante la degenza percepivano un assegno giornaliero con maggiorazioni per i familiari a carico, ed i tubercolotici non assicurati che durante il ricovero erano esclusi da qualsiasi beneficio di carattere economico.

Naturalmente i tubercolotici non assicurati beneficiati dalla legge in questione non sono solo quelli assistiti dai Consorzi Provinciali Antitubercolari, ma altresì:

a) gli assistiti dai Comuni, anche per il periodo di urgenza ed indipendentemente dall'accertamento sulla competenza assistenziale, purchè sia stata confermata l'esistenza della malattia tubercolare in fase attiva;

b) gli assistiti da Enti mutualistici, previdenziali ed assistenziali in genere con ovvia esclusione degli aventi diritto all'assistenza da parte dell'I.N.P.S.;

c) gli assistiti dal Ministero dell'Interno per quanto concerne le Forze di Polizia e dal Ministero della Difesa per le Forze Armate, nonchè dall'Amministrazione degli Aiuti Internazionali per gli Apolidi;

d) gli assistiti dal Ministero della Sanità.

Unica condizione, per tutti costoro, per aver diritto al beneficio è che il reddito imponibile agli effetti della imposta complementare non sia superiore a L. 960.000 annue.

La stessa legge dell'11 gennaio 1967 ha anche previsto — a favore dei medesimi aventi diritto alle prestazioni economiche soprariferite — la erogazione, in occasione delle festività natalizie, di un assegno di L. 10.000.

Le prestazioni economiche previste dalla legge summenzionata sono al momento di misura inferiore a quelle previste a favore dei tubercolotici assistiti dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ma è stato già predisposto un provvedimento legislativo che migliora tali prestazioni e che si auspica possa avere attuazione al più presto.

7. - Servizi schermografici.

Il servizio schermografico, svolto essenzialmente a cura dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, ha continuato a rappresentare nel triennio 1965 - '67

l'attività che ha consentito ai predetti Enti, mediante l'impiego di Unità Schermografiche mobili automontate, la ricerca capillare di casi di tubercolosi iniziale o latente e il conseguente reperimento di fonti di contagio che è stato possibile isolare con tempestività.

Si ritiene opportuno rilevare che le più moderne Unità schermografiche sono dei complessi perfettamente autonomi in quanto dotate di gruppo elettrogeno incorporato, di perfetti sistemi di riscaldamento, di confortevoli spogliatoi e di una sistemazione dei servizi — sia pure in breve spazio — così bene organizzata da consentire l'espletamento di numerosi esami in un ristretto lasso di tempo.

Nel corso del triennio 1965-67, in aggiunta alle 13 apparecchiature schermografiche mobili precedentemente assegnate, il Ministero della Sanità ha concesso in convenzione altre 6 Unità schermografiche automontate ad altrettanti Consorzi Provinciali Antitubercolari che avevano dimostrato di averne maggiore necessità, e cioè ai Consorzi Antitubercolari di Forlì, Nuoro, Ravenna, Salerno, Siena e Trapani.

Con tali Unità mobili, e con quelle che durante lo stesso periodo sono state acquistate o sono in corso di acquisto diretto da parte dei Consorzi Provinciali Antitubercolari di Bari, Belluno, Brescia, Chieti, Mantova, Padova, Pavia, Pisa, Pistoia, Rieti, Savona, Trieste e Vercelli beneficiando di contributi concessi durante il triennio dall'Amministrazione Sanitaria, il numero degli impianti schermografici automontati dei Consorzi Provinciali Antitubercolari sale complessivamente a 119.

Ad esse vanno poi aggiunte le 87 Unità schermografiche fisse consortili, 4 delle quali sono state date in convenzione dal Ministero della Sanità negli anni 1965-'66 ai Consorzi Provinciali Antitubercolari di Bergamo, Latina, Potenza e Salerno e 12 sono state acquistate o sono in corso di acquisto, da parte dei Consorzi Antitubercolari di Aosta, Benevento, Bergamo, Como, Genova, Forlì, Grosseto, Sassari, Varese e Venezia, con contributi all'uopo concessi durante il triennio considerato dallo stesso Ministero della Sanità.

A tal punto corre l'obbligo di osservare che le indagini schermografiche hanno assunto negli anni recenti una importanza ed un valore sempre maggiori in quanto esse hanno un carattere che viene giustamente definito polivalente giacchè l'impiego della schermografia non consente solo di accertare l'esistenza della malattia tubercolare polmonare, ma, pur limitando l'indagine al solo torace, dà la possibilità di accertare la presenza:

a) di tumori polmonari;

b) di cardiopatie congenite e acquisite;

c) di affezioni pneumoconiotiche;

d) di idatidosi polmonari;

e) di affezioni dell'apparato respiratorio a carattere invalidante;

f) di alterazioni scheletriche del torace di qualsiasi genere.

Gli schermogrammi eseguiti a cura dei Consorzi Provinciali Antitubercolari sono stati 3.548.228 nell'anno 1965 e 3.654.695 nell'anno 1966.

Per quanto riguarda le indagini schermografiche eseguite nel 1965 (vedi *tabella n. 11*) su 3.548.228 soggetti esaminati è stata rilevata una percentuale media dello 0,10 di tubercolosi polmonare attiva che è pertanto ulteriormente diminuita rispetto agli anni precedenti (0,15 nel 1963 e 0,12 nel 1964).

TABELLA N. 11.

Forme patologiche	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Tbc polmonare attiva . .	0,20%	0,18%	0,15%	0,15%	0,15%	0,12%	0,10%
Tbc polmonare inattiva	0,79%	0,88%	0,83%	0,63%	0,55%	0,59%	0,67%
Esiti di tbc	3,69%	3,79%	3,44%	4,22%	3,07%	2,69%	2,97%
Affezioni cardiovascolari	0,51%	0,54%	0,47%	0,53%	0,48%	0,49%	0,52%
Neoplasie	0,006%	0,006%	0,004%	0,009%	0,01%	0,01%	0,01%

Per lo stesso anno 1965, facendo poi un esame comparativo dei vari gruppi esaminati (vedi *tabella n. 12*) si rileva che la percentuale più elevata di tubercolosi attiva si riscontra nei ricoverati in ospedali psichiatrici con lo 0,72, cui seguono i detenuti in case di pena con lo 0,15 e, a distanza, il personale ospedaliero con lo 0,20.

TABELLA N. 12.

ANNO 1965

Gruppo esaminato	Totale esaminati	Tbc attiva	Tbc inattiva
1a) Scolari fino ai 12 anni	1.078.955	0,06%	0,32%
1b) Studenti oltre i 12 anni	923.967	0,06%	0,36%
2) Personale insegnante scuole elementari, medie e superiori	100.401	0,09%	0,76%
3a) Militari (escluse reclute)	83.935	0,11%	0,93%
3b) Reclute	81.885	0,16%	0,95%
4) Religiosi	15.002	0,14%	0,71%
5) Ricoverati in Ospedali psichiatrici	31.716	0,72%	2,82%
6) Personale ospedaliero	14.774	0,20%	1,22%
7) Alimentaristi	452.130	0,09%	1,07%
8) Detenuti in case di pena	4.080	0,51%	0,73%
9) Impiegati	75.122	0,14%	1,08%
10) Gruppi vari popolazione (barbieri, pescatori, emigranti, ecc.) . . .	686.281	0,18%	0,90%

Se però si confrontano tali dati con quelli dell'anno 1963 si osserva che per i ricoverati in Ospedali psichiatrici la percentuale dei riconosciuti affetti da tubercolosi attiva è nettamente ed ulteriormente discesa passando da 1,35 a 0,71 (nel 1958 era del 2,18), mentre per i detenuti in case di pena e per il personale ospedaliero si è mantenuta pressochè costante: per i primi infatti è passata da 0,49 a 0,51 e per i secondi da 0,18 a 0,20 con modificazioni percentuali irrilevanti.

Si osserva inoltre che ad esclusione delle reclute fra le quali è stato riscontrato dal 1963 al 1965 un aumento percentuale dei casi di tubercolosi attiva (passato dallo 0,11% allo 0,16%) e degli impiegati, tra i quali la percentuale di tbc attiva si è elevata dallo 0,09% allo 0,14%, in tutte le altre categorie vi è stata una netta diminuzione percentuale dei nuovi casi di malattia.

Ma è soprattutto interessante fare un rilievo a parte per la categoria degli scolari fino a 12 anni in cui la percentuale di tubercolosi attiva è passata dallo 0,14 nel 1963 allo 0,06 del 1965 con una diminuzione di oltre il 50% e per quella del personale insegnante in cui la percentuale dei riscontrati affetti da tbc attiva è passata dallo 0,13 del 1963 allo 0,09 del 1965.

Sono, queste ultime, percentuali che rappresentano il risultato delle sempre maggiori cure che sono state rivolte a tali categorie a cura sia dei Consorzi Provinciali Antitubercolari che degli Uffici Comunali d'Igiene.

B) TUMORI

1. - Epidemiologia.

Le malattie neoplastiche costituiscono in tutti i Paesi uno dei problemi sanitari più assillanti.

Le statistiche delle cause di morte mostrano ovunque una incidenza sempre crescente ed una persistente, elevata letalità.

In Italia si registrano, negli anni più recenti, i dati (provvisori) di cui alla *tabella n. 13*.

Nel periodo gennaio - novembre 1967 i decessi per tumori sono stati 83.195 contro 81.969 nel corrispondente periodo 1966.

L'aumento più sensibile si è verificato nelle neoplasie della trachea, bronchi e polmone.

Una valutazione della morbosità per tumori può essere effettuata soltanto indirettamente, avvalendosi dei rilevamenti compiuti dall'I.S.T.A.T. sulle schede nosologiche dei dimessi dagli istituti di cura.

I dati ancora ufficiosi, relativi al 1965, sono i seguenti:

affetti da tumori maligni	n.	150.171
affetti da tumori benigni	»	114.561
portatori di neoplasie non specificate	»	5.501

Una rilevazione sotto forma di Registro è in corso dal 1966 nel Piemonte e nella Regione della Valle d'Aosta a cura del Ministero della Sanità e dell'Amministrazione Provinciale di Torino.

Si tratta di un esperimento in tale campo, analogo a quelli in atto in Norvegia, in Danimarca, in Svezia e nel Galles; a questa iniziativa dovrebbero seguire le rilevazioni da attuarsi, nei rispettivi territori, dai Consorzi Oncologici Regionali della Liguria e della Sardegna.

Sui riflessi socio-economici della morbosità per tumori un quadro dimostrativo è fornito dai dati pubblicati da *Serio* (1) sui casi di ricovero e sulle giornate di degenza registrati nel complesso degli assicurati I.N.A.M.:

Anno	Casi di ricovero	Frequenza di ricovero su 100.000 assic.	Giornate di degenza	Durata media
1964	164.940	622,6	3.401.684	20,62

Lo stesso autore valuta in circa 16 miliardi all'anno l'onere economico di tale assistenza, limitatamente all'importo delle rette di degenza e del compenso sanitario, con esclusione delle spese per l'indennità di malattia e per l'assistenza medico-generica, specialistica e farmaceutica.

Tenuto conto che i dati soprariportati si riferiscono ai 26.500.000 circa aventi diritto all'assistenza I.N.A.M., la spesa per l'intera popolazione può essere stimata in circa 30 miliardi annui, dal che si desume quale importanza abbiano gli stanziamenti destinati all'incremento dei servizi di medicina preventiva nel campo oncologico.

2. - Legislazione.

Nel Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934 un solo articolo, il 336, si occupa genericamente della lotta contro i tumori e si limita a prevedere forme di intervento finanziario per l'impianto dei Centri, per corsi di aggiornamento e per la concessione di borse di studio.

Sino al 1961, anno al quale risale la vigente legislazione in materia, non si sono avute altre disposizioni legislative. Con questa legge (D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249) si sono regolamentati nuovi settori della patologia a carattere sociale prevedendo, fra l'altro, interventi finanziari da parte dello Stato sia per l'impianto e l'acquisto di attrezzature, che per le spese di funzionamento di Centri per le malattie sociali.

---

(1) Serio A.: *I quaderni degli incontri,* n. 64, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 24, X, 1967.

Tabella n. 13.

Morti per tumori maligni, 1966

(Dati provvisori)

Regioni	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.	Totale
Piemonte	772	679	696	695	737	722	773	670	761	769	786	736	8.796
Valle d'Aosta	13	7	15	9	16	11	10	12	11	13	22	10	149
Lombardia	1.394	1.269	1.409	1.285	1.342	1.324	1.358	1.343	1.362	1.472	1.496	1.448	16.502
Trentino - Alto Adige	145	100	133	112	120	116	130	118	127	119	134	147	1.501
Veneto	590	495	560	574	547	550	543	555	522	572	577	602	6.687
Friuli - Venezia Giulia	253	208	239	239	236	254	246	223	245	258	246	254	2.901
Liguria	369	306	362	355	340	373	387	352	326	349	373	430	4.322
Emilia Romagna	663	618	728	666	645	663	693	636	709	740	675	716	8.152
Toscana	635	591	680	633	648	614	680	643	703	652	665	708	7.852
Umbria	108	103	115	105	104	124	115	102	113	103	123	105	1.320
Marche	179	151	188	179	202	179	181	184	176	182	168	178	2.147
Lazio	562	491	582	544	516	536	548	527	543	526	579	607	6.561
Abruzzi	127	88	122	112	119	107	113	124	131	118	156	120	1.437
Molise	33	27	25	29	24	19	22	39	41	34	29	30	352
Campania	419	378	435	358	406	422	441	420	435	445	440	450	5.049
Puglia	340	258	303	298	312	296	271	290	252	302	314	326	3.562
Basilicata	46	39	49	44	35	34	50	53	42	44	58	54	548
Calabria	152	119	156	139	134	149	142	135	117	136	145	162	1.686
Sicilia	434	384	477	463	401	439	443	460	469	433	476	510	5.389
Sardegna	122	113	156	118	143	117	130	125	139	141	148	151	1.603
Italia	7.356	6.424	7.430	6.957	7.027	7.049	7.276	7.011	7.224	7.408	7.610	7.744	86.516

Morti per tumori maligni, 1967 (periodo gennaio - luglio)

(Dati provvisori)

Regioni	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Totale
Piemonte	822	747	793	702	747	736	729	5.276
Valle d'Aosta	14	14	22	15	10	11	12	98
Lombardia	1.511	1.329	1.419	1.323	1.437	1.392	1.379	9.790
Trentino - Alto Adige	139	107	121	103	134	118	119	841
Veneto	597	514	583	535	557	517	541	3.844
Friuli - Venezia Giulia	281	232	266	254	256	203	254	1.746
Liguria	358	323	412	331	343	329	383	2.479
Emilia Romagna	729	598	652	639	688	685	688	4.679
Toscana	639	623	616	568	631	604	663	4.344
Umbria	115	116	109	112	109	97	97	755
Marche	205	168	160	168	195	194	197	1.287
Lazio	614	487	571	546	514	587	630	3.949
Abruzzi	108	109	112	123	115	112	139	818
Molise	28	23	28	37	30	40	40	226
Campania	466	374	418	404	438	414	475	2.989
Puglia	316	302	315	272	313	307	302	2.127
Basilicata	42	53	52	32	41	50	45	315
Calabria	149	127	124	143	116	139	157	955
Sicilia	474	431	414	420	461	450	453	3.103
Sardegna	143	128	128	132	142	107	129	909
Italia	7.750	6.805	7.315	6.859	7.277	7.092	7.432	50.530

Nell'ultimo triennio (1965 - 1967) l'Amministrazione Sanitaria è intervenuta con contributi che assommano complessivamente per l'anno 1965 a L. 1.372.800.000, per l'anno 1966 a L. 1.327.150.000 e per il 1967 a L. 1 miliardo 600.450.000.

3. - Organizzazione dei servizi in sede centrale.

L'esigenza di un più incisivo e diretto intervento dello Stato nella lotta contro i tumori e la necessità di coordinare, secondo un programma unitario, le molteplici attività oncologiche, sono state pienamente sentite dal Ministero della Sanità che, nell'ottobre del 1965, istituiva una apposita Commissione allo scopo di acquisire elementi e indicazioni per un programma di interventi coordinati e per la formulazione di uno strumento legislativo idoneo a dare agli interventi medesimi organica funzionalità e continuità.

La Commissione, composta da studiosi ed esperti nei diversi campi dell'oncologia, ha svolto i propri lavori nell'arco di un anno, dal 9 novembre 1965 al 18 ottobre 1966. Al termine dei lavori la Commissione ha proposto uno schema legislativo per la lotta contro i tumori, raccomandandone però il coordinamento con la legge di riforma ospedaliera e con la futura legislazione concernente la riforma della organizzazione sanitaria di base.

Nel contempo, la stessa Commissione ha prospettato un gruppo di provvedimenti di immediata attuazione per il potenziamento della lotta anticancerosa; provvedimenti che riguardano la costituzione di un Comitato Consultivo Nazionale, in sede centrale, e la diramazione di opportune istruzioni agli Organi periferici.

In adesione ai suggerimenti formulati dalla Commissione, il Ministro della Sanità, con proprio decreto del 21 giugno 1967, ha istituito il Comitato Consultivo Nazionale per la lotta contro i tumori, composto da 29 membri ed articolato, per una più efficiente funzionalità, in tre Sottocomitati, cui sono stati rispettivamente affidati:

— la programmazione generale e il coordinamento delle attività in campo oncologico;

— il coordinamento delle attività di ricerca degli Istituti per lo studio e la cura dei tumori; il miglioramento dei mezzi diagnostici di massa; le istituzioni tecnico - professionali;

— le attività di propaganda, di educazione sanitaria, statistico - epidemiologiche e sociali.

Il Comitato Consultivo Nazionale è stato subito insediato ed è oggi in pieno funzionamento.

Per quanto riguarda il secondo suggerimento formulato dalla citata Commissione, cioè la diramazione di opportune istruzioni intese a incentivare la lotta contro i tumori, il Ministero ha provveduto con due circolari, n. 206

del 30 novembre 1966 e n. 75 del 24 aprile 1967, ad impartire direttive circa i criteri organizzativi nella lotta contro le neoplasie.

In base alle direttive diramate con la circolare n. 206, oltre alla Provincia e ai Comuni, vengono chiamati ad apportare il loro tangibile contributo anche Enti ed Istituti che svolgono attività sanitaria, previdenziale, assicurativa o finanziaria, affinchè si costituiscano in un « Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori » al quale, nell'ambito del proprio territorio, sia demandata la promozione degli interventi tecnici e di ogni altra iniziativa nel settore.

Il Centro Provinciale per la lotta contro i tumori rappresenta l'Organo tecnico operativo del Consorzio e, fra i compiti ad esso demandati dal già citato decreto del 1961, devono ritenersi preminenti:

— la prevenzione della malattia neoplastica, che si realizza con la diagnosi tempestiva degli stati di precancerosi ed inizialissimi di malattia;

— il controllo periodico dei cancerosi in fase evolutiva, dei guariti e degli stabilizzati;

— l'attività di educazione sanitaria, per il conseguimento delle finalità di medicina preventiva.

Poichè è logicamente prevedibile che il Consorzio non possa, attraverso il solo Centro, efficacemente operare in tutto il territorio della Provincia, la circolare 206 suggerisce la creazione, presso i più qualificati Ospedali, di « Sezioni circoscrizionali » le quali, nell'ambito del loro territorio, possano provvedere all'espletamento degli interventi di ordine preventivo ed al periodico controllo dei cancerosi.

Nella creazione di siffatta rete oncologica non sono stati dimenticati i necessari collegamenti con le strutture sanitarie capillari quali: i Medici condotti, gli Ufficiali sanitari, i Servizi sanitari di fabbrica, ecc.

Come si può facilmente rilevare da questi brevi cenni, si tratta di una organizzazione nuova, al servizio di ogni ceto sociale, con compiti e modalità di attuazione chiaramente indicati.

La struttura sanitaria per la lotta contro i tumori, così concepita, può essere considerata meglio rispondente allo scopo rispetto ai Centri previsti dal D.P.R. n. 249, in quanto fondata su una più completa articolazione nei diversi settori dell'attività oncologica.

A completamento della nuova struttura organizzativa e delle finalità demandate ai Consorzi Provinciali, ai Centri, alle Sezioni circoscrizionali e agli Ambulatori oncologici, il Ministero ha ritenuto anche di dover precisare i compiti della Lega Italiana per la lotta contro i tumori, la cui attività non poteva non essere armonizzata con quella dello stesso Ministero e degli Enti locali.

Con la circolare n. 75 del 24 aprile 1967 si assegna alla Lega, fra i suoi compiti statutari, una prevalenza di attività nei seguenti settori:

— azione di stimolo per la creazione di nuovi servizi tecnici nel campo della medicina preventiva, per la possibilità di immediati interventi finanziari da parte della Lega;

— attività assistenziale a favore degli ammalati e dei loro familiari;

— attività sociale a favore degli ammalati e dei loro familiari;

— attività nel campo delle manifestazioni culturali e scientifiche.

A seguito delle direttive emanate con le cennate circolari, si è notato, in numerose Province, un incremento della lotta contro la malattia neoplasica, sia sul piano organizzativo che su quello tecnico - applicativo.

4. - Istituti nazionali per lo studio e la cura dei tumori.

Gli Istituti per lo studio e la cura dei tumori di Roma, Milano e Napoli hanno prevalente carattere scientifico, sono dotati di sede autonoma e di propria amministrazione e agiscono in base a direttive del Ministero della Sanità. Presso gli Istituti hanno sede i rispettivi Centri provinciali per la lotta contro i tumori.

L'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, nel triennio 1965 - 1967, ha notevolmente ampliato l'attività in tutti i settori. La attività ambulatoriale ha mostrato un incremento superiore a quello degli anni precedenti, raggiungendo un numero complessivo di 28.441 prime visite, con un massimo di 10.226 nell'anno 1967. Per meglio valutare questo incremento basti considerare che nel 1957 il numero delle persone visitate è stato di 5.803.

Sono state altresì notevolmente ampliate sia le attività di analisi clinica e di diagnostica istopatologica che i servizi endoscopico, radioisotopico e dell'emoteca.

Il servizio di statistica clinica e biometrica ha potuto avvalersi del calcolatore elettronico, del vicino Centro di calcolo dell'Università, per mettere a punto un migliore controllo periodico dei dimessi, nonchè per effettuare ricerche clinico - statistiche e bibliografiche.

Il lavoro di ricerca clinica e sperimentale è stato particolarmente intenso nel settore del cancro mammario.

Sono stati inoltre aperti tre Ambulatori periferici (Albiano, Cesano e Novate) in collaborazione con la Sede della Lega Italiana per la lotta contro i tumori.

Le possibilità dell'Istituto nel settore dell'assistenza ospedaliera, rimaste sinora limitate, sono destinate a migliorare notevolmente con l'entrata in funzione, nel maggio 1968, del nuovo complesso iniziato nel 1963, che porterà a 540 gli attuali 250 posti - letto.

La costruzione (vedi *figure nn. 1, 2 e 3)* sorgerà accanto al vecchio edificio con il quale sarà funzionalmente integrata. Il costo dell'opera, che ha

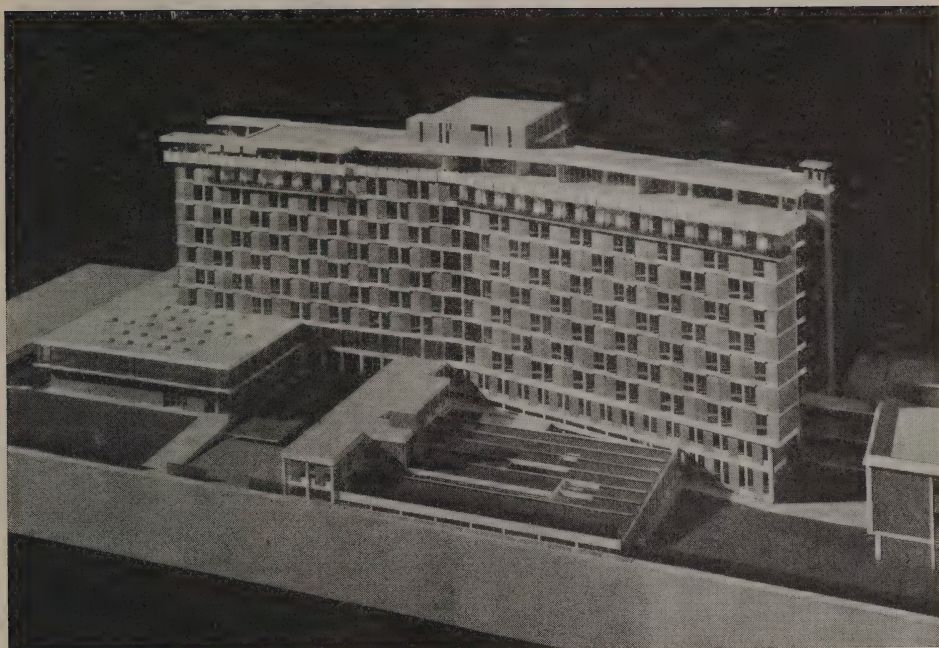



Fig. 1. - Plastico del nuovo Istituto tumori di Milano.

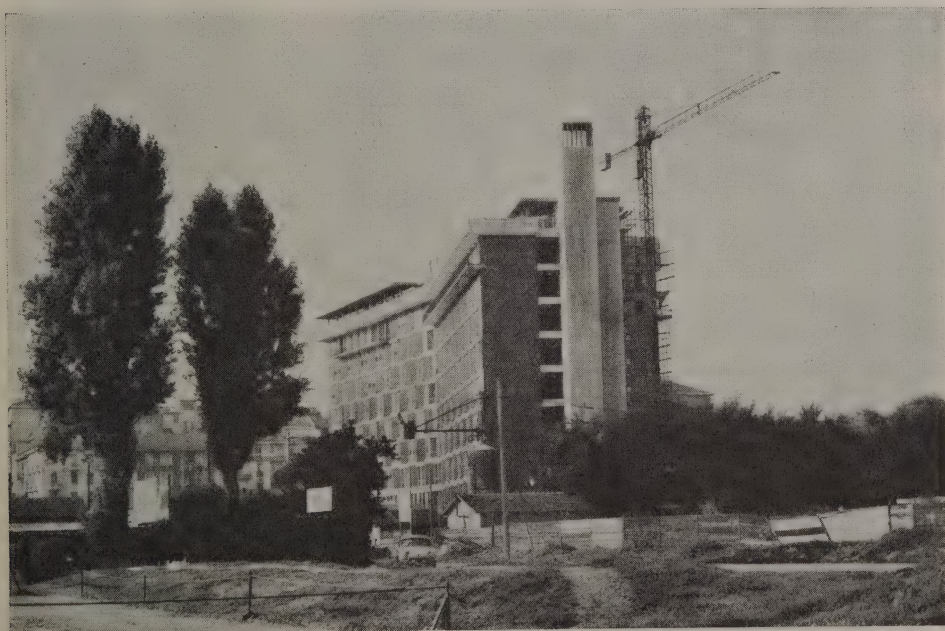



Fig. 2. - Milano. Nuovo Istituto tumori.

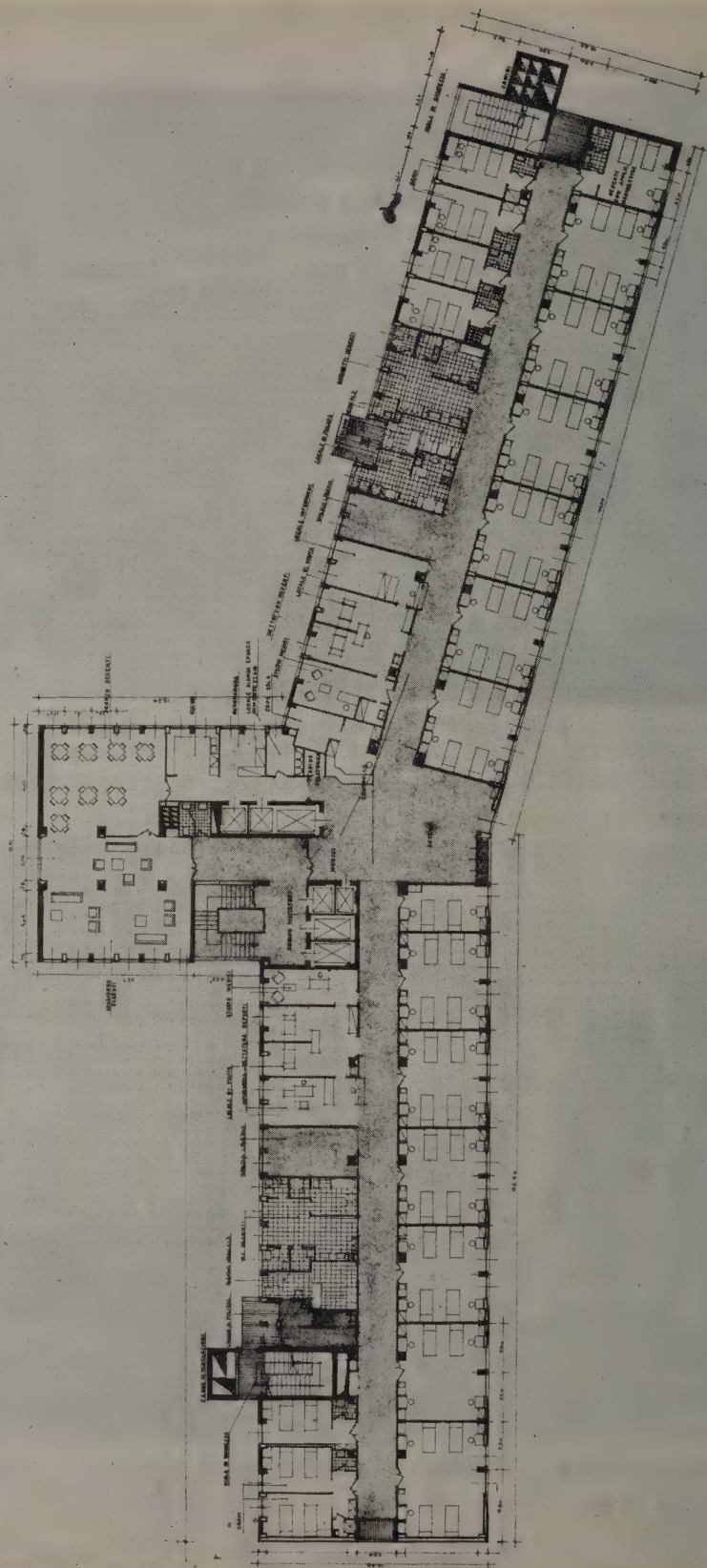



Fig. 3. - Planimetria del nuovo Istituto tumori di Milano.

richiesto un contributo straordinario di L. 600.000.000 da parte dello Stato (Legge 18 marzo 1959, n. 143) ammonta a complessive L. 3.500.000.000, escluse le ulteriori spese previste per i nuovi laboratori di ricerca sperimentale e l'ammodernamento delle attrezzature.

L'Istituto Regina Elena di Roma, retto fino al 1965 in gestione commissariale, ha avviato a soluzione, con l'avvento dell'Amministrazione ordinaria, numerosi problemi, quali l'aumento dei posti di degenza, portati da circa 200 ad oltre 300, l'ammodernamento del reparto operatorio, la copertura mediante pubblici concorsi dei posti in organico per i servizi specialistici.

Alla maggior funzionalità dell'Istituto fa riscontro una crescente domanda di ricoveri e di visite ambulatoriali; queste ultime hanno raggiunto nel 1967 il numero di 23.372, di cui 17.252 a donne e 6.020 a uomini.

Particolare incremento è stato dato al reparto di terapia antalgica e di circolazione extracorporea regionale in ipertermia.

Altra importante iniziativa è stata la istituzione del Centro di prevenzione dei tumori, la cui attività di dépistage è rivolta alle varie forme neoplasiche più diffuse. Dal 3 marzo 1967, data dell'entrata in funzione del Centro (vedi *figure nn. 4, 5* e *6)*, al 31 dicembre 1967 sono stati controllati 7.058 soggetti ed eseguiti 20.000 esami citologici con il reperimento di 16 forme neoplasiche e 156 displastiche.

Nel suddetto periodo l'Istituto ha organizzato corsi di aggiornamento per citologi, per medici condotti e per ostetriche; nonchè congressi nazionali ed internazionali tra cui il « Corso Superiore di aggiornamento sulla terapia del dolore nei pazienti affetti da tumore » ed il « Secondo Simposio Internazionale sul trattamento regionale dei tumori ».

Per quanto riguarda il settore edilizio gli Istituti Fisioterapici Ospedalieri, che gestiscono il « Regina Elena », hanno progettato la costruzione di un nuovo complesso di 600 posti - letto, di cui 400 saranno posti a disposizione del suddetto Istituto mentre gli altri 200 accoglieranno l'Ospedale « S. Gallicano », che abbandonerà la storica sede di Trastevere. Per l'opera (vedi *figura n. 7)* è prevista una spesa complessiva di L. 7.000.000.000 cui lo Stato contribuirà, nel programma di costruzione di nuovi ospedali, con la somma di L. 2.500.000.000, già ammessa a contributo per L. 1.250.000.000, rispettivamente negli anni 1965 e 1966.

Anche per l'Istituto « Fondazione Senatore Pascale » di Napoli è in corso di costruzione un nuovo edificio per 500 posti - letto, nella vasta area che circonda l'attuale sede; questa, opportunamente ammodernata, sarà destinata alla sezione scientifica ed ai servizi amministrativi.

Per la nuova opera si prevede una spesa di L. 1.940.000.000 circa, alla quale lo Stato concorre con un contributo di L. 1.000.000.000 (Legge 26 aprile 1964, n. 314).

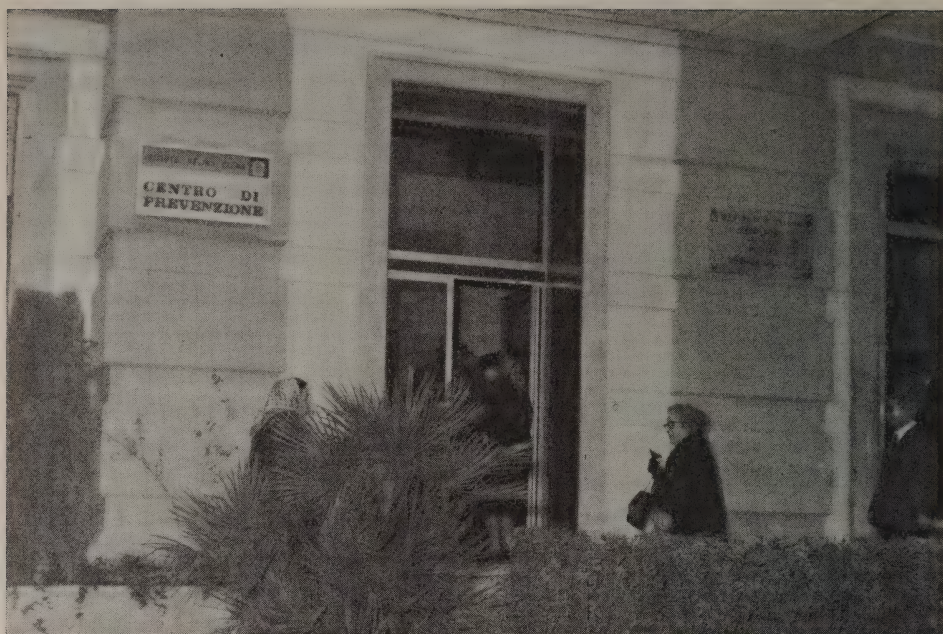



Fig. 4. - Roma. Centro prevenzione tumori presso l'Istituto « Regina Elena »: nuovo ingresso.

Fig. 5. - Roma. Centro prevenzione tumori presso l'Istituto « Regina Elena »: nuova hall.

Fig. 6. - Roma. Centro prevenzione tumori presso l'Istituto « Regina Elena »: nuovi ambulatori.

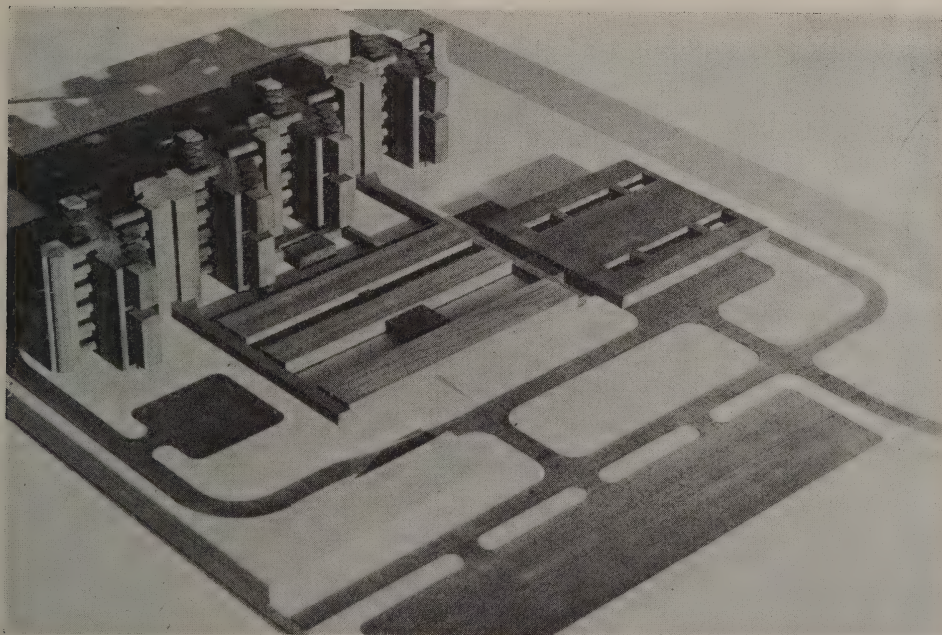



Fig. 7. - Roma. Plastico del nuovo complesso edilizio che accoglierà degenti dell'Istituto « Regina Elena » e l'antico ospedale « S. Gallicano ».

5. - Ospedali oncologici.

Nel triennio 1965 - '67 altre costruzioni sono state portate a termine o iniziate.

A cura del Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori di Ancona è in fase di avanzata costruzione il nuovo Ospedale Oncologico, di 230 posti in camere a due letti e bagno.

Per il complesso (vedi *figure nn. 8, 9* e *10*), che sarà integrato con un reparto per alte energie e con un gruppo di servizi ambulatoriali collegati ma indipendenti, è prevista una spesa di L. 1.300.000.000 che è stata ammessa a contributo nel programma di nuove costruzioni ospedaliere per un finanziamento di L. 650.000.000, cui sono da aggiungere L. 65.000.000 concessi dal Ministero della Sanità.

E' stato ultimato l'Ospedale Oncologico Regionale « A. Businco » di Cagliari, la cui costruzione è stata finanziata dal Consorzio Regionale Sanitario per la lotta contro i tumori e dalla Amministrazione Regionale.

L'edificio (vedi *figure nn. 11* e *12*), di 300 posti in camere da 2 - 3 letti, presenta notevoli requisiti tecnologici quali il condizionamento totale dell'aria e l'impianto centralizzato per la ricerca del personale; ha avuto un costo complessivo di circa L. 2.500.000.000; l'entrata in funzione è prevista entro l'estate 1968.

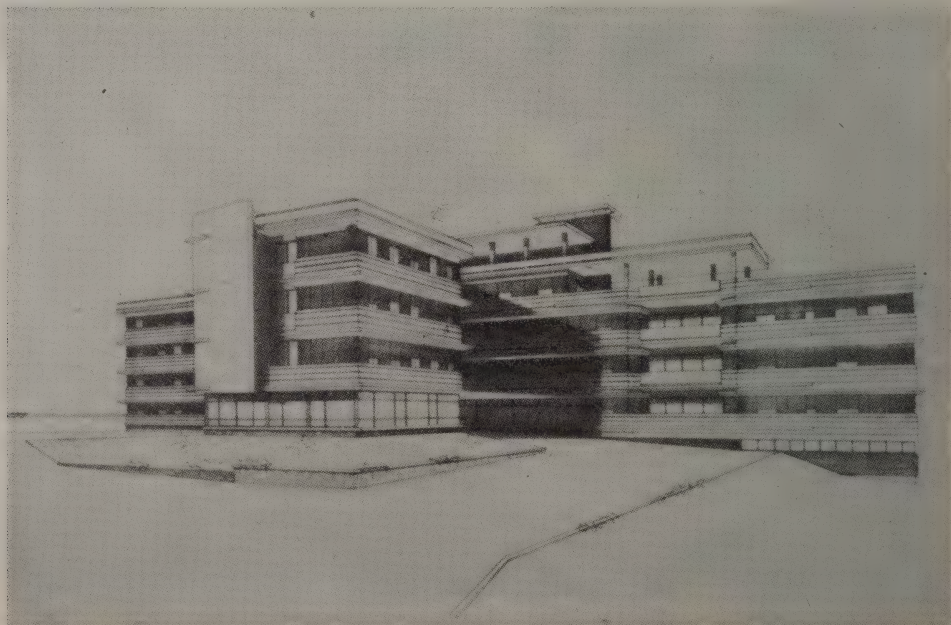



Fig. 8. - Centro oncologico di Ancona.

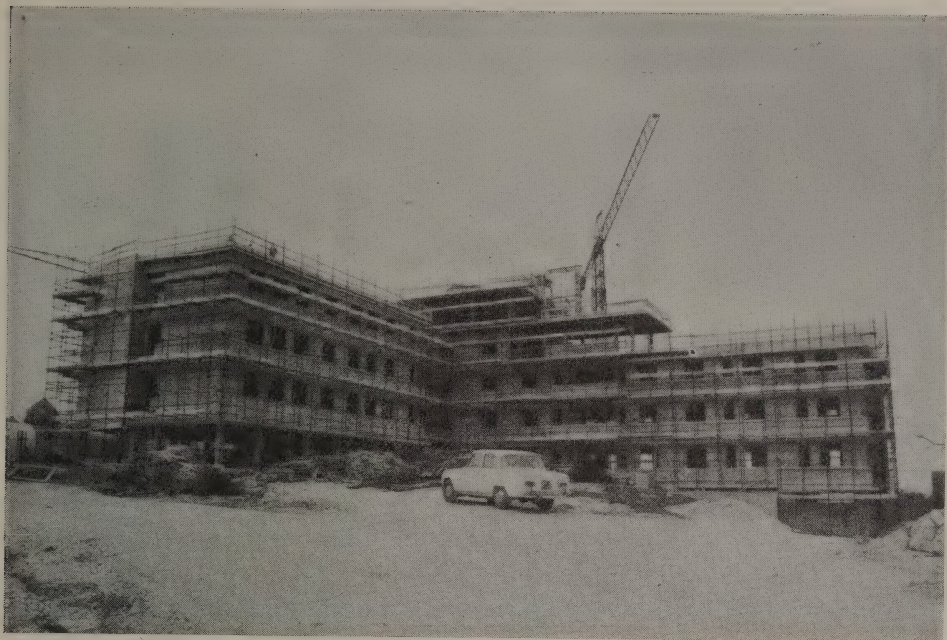



Fig. 9. - Centro oncologico di Ancona.

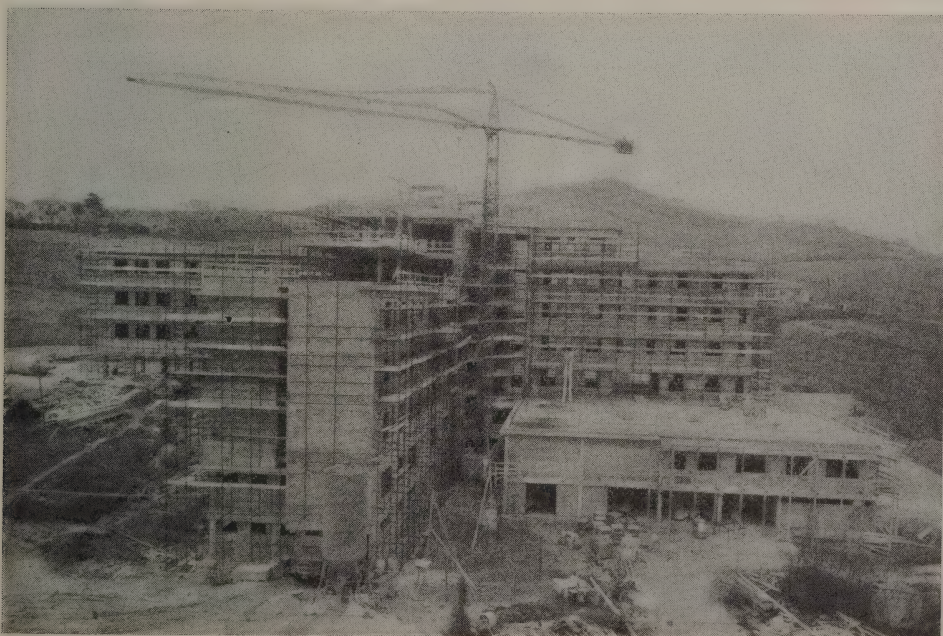



Fig. 10. - Centro oncologico di Ancona.

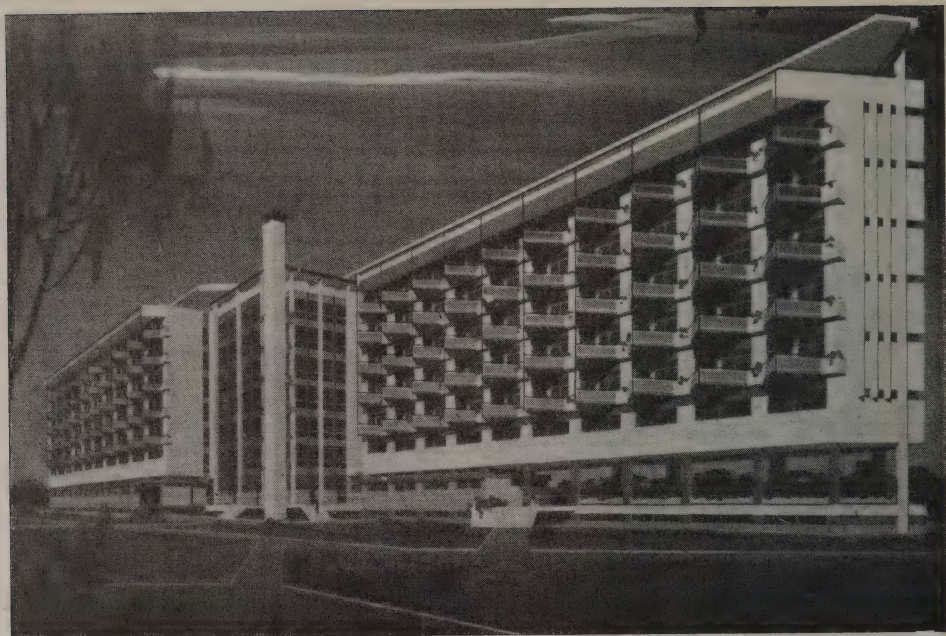



Fig. 11. - Cagliari. Ospedale oncologico regionale « A. Businco ».

Fig. 12. - Cagliari. Ospedale oncologico regionale « A. Businco ».

6. - Organizzazione dei servizi periferici.

Al nuovo indirizzo organizzativo dei servizi, indicato dal Ministero della Sanità, si vanno a mano a mano adeguando le istituzioni oncologiche, con la graduale soluzione dei vari problemi di ordine sia generale che locale. Allo stato attuale permane in taluni casi una frammentarietà di indirizzi organizzativi e tecnici connessa con le caratteristiche istitutive originarie dei Centri come pure con la formazione professionale dei sanitari preposti alla loro direzione.

Sul piano funzionale la maggior parte dei Centri svolge, prevalentemente in sede ospedaliera, buona attività di ordine diagnostico e terapeutico, mentre solo alcuni Centri hanno esteso la loro azione nel settore dell'assistenza, del servizio sociale e dell'educazione sanitaria.

Si riportano, per fornire un quadro di insieme delle istituzioni in funzione nel triennio considerato, i seguenti elenchi:

Tabella n. 14.

Elenco delle province nelle quali e' stato istituito un consorzio per la lotta contro i tumori

Italia Settentrionale	*Italia Centrale*	*Italia Meridionale e Insulare*
Bologna	Ancona	Bari
Bolzano	Chieti	Cagliari
Brescia	Grosseto	Catania
Como	Livorno	Enna
Cremona	Perugia	Matera
Genova	Pisa	Messina
Imperia	Ravenna	Nuoro
La Spezia	Roma	Palermo
Mantova	Siena	Sassari
Novara		
Savona		
Trento		
Trieste		
Udine		
Varese		

N. B. - Le Province di Bolzano e Trento e quelle di Cagliari, Nuoro e Sassari fanno parte dei rispettivi Consorzi Regionali per la lotta contro i tumori.

Elenco dei centri tumori

Piemonte

Alessandria: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura, funzionante presso l'Ospedale Civile e Sezioni Ospedali Circoscrizionali della Provincia.

Asti: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Torino: Istituto di oncologia; funziona presso l'Ospedale S. Giovanni Battista e della Città di Torino.

Torino: Università degli Studi. Funziona presso le Cliniche: Oto-rino, Ostetrica, Istituto Patologia Chirurgica, Istituto Patologia Medica, Fondazione Mario Ponzio (Istituto di Radiologia), Ospedale Oftalmico.

Vercelli: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Biella: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale degli Infermi.

Novara: Centro Provinciale per la lotta contro i tumori presso Ospedale Maggiore della Carità.

Liguria

Genova: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale S. Martino, Ospedale Galliera, Ospedale di Sampierdarena, Consorzio provinciale antitubercolare e Clinica Medica ed Ostetrica.

Imperia: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Sanremo: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Savona: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile S. Paolo.

La Spezia: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Lombardia

Bergamo: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Maggiore.

Brescia: Centro Provinciale Bresciano per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso Spedali Civili di Brescia.

Como: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale S. Anna.

Cremona: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso il Dispensario oncologico e presso Ospedale Civile e Ospedali Circoscrizionali di Crema e Casalmaggiore.

Mantova: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale C. Poma.

Milano: Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori.

Pavia: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura delle emopatie produttive; funziona presso la Clinica Medica dell'Università.

Sondrio: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Varese: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale di Busto Arsizio - Varese e Sezioni di Cittiglio, Saronno, Luino.

Trentino - Alto Adige

Trento: Centro Trentino per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana.

Bolzano: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; presso l'Ospedale Civile.

Friuli - Venezia Giulia

Gorizia: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Trieste: Centro Triestino per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona in sede propria e presso l'Ospedale Civile.

Udine: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Pordenone: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori, in costituzione presso l'Ospedale Civile.

Veneto

Belluno: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori, presso l'Ospedale Civile.

Padova: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Treviso: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; presso l'Ospedale Civile.

Venezia: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Verona: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso Istituti Ospitalieri.

Emilia - Romagna

Bologna:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso il Consultorio Oncologico e presso il Policlinico S. Orsola.
Ferrara:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Arcispedale S. Anna.
Forlì:	Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale G. B. Morgagni di Forlì e presso gli Ospedali di Rimini e Cesena.
Modena:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso gli Istituti Ospitalieri.
Piacenza:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori presso Ospedale Civile, in via di riorganizzazione.
Parma:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso gli Ospedali Civili.
Ravenna:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale S. Maria delle Croci.
Reggio Emilia:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Arcispedale S. Maria Nuova.

Marche

Ancona:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona in sede propria, presso l'Ospedale Civile.
Pesaro:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.
Camerino (Macerata):	Centro per la diagnosi dei tumori della sfera genitale femminile presso l'Istituto di Maternità.

Toscana

Arezzo:	Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale S. Maria sopra i Monti.
Firenze:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Istituto Fotoradioterapico e presso il Centro per le Malattie Sociali dell'Amministrazione Provinciale.
Grosseto:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori (in via di riorganizzazione per passaggio nuovo complesso ospedaliero).
Livorno:	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.
Massa Carrara:	Funzionano due Centri per la diagnosi e la cura dei tumori presso l'Ospedale Civile di Massa e presso l'Ospedale Civile di Carrara.
Pisa	Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'ospedale Civile S. Chiara.

Pistoia: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Siena: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale S. Maria della Scala.

Umbria

Perugia: Centro Provinciale per la diagnosi e cura dei tumori; funziona presso il Policlinico Monte Lucio.

Lazio

Rieti: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori presso l'Ospedale Civile.

Roma: Istituto per lo studio e la cura dei tumori « Regina Elena ».

Roma: Istituto S. Andrea.

Roma: Università degli Studi. Funziona presso: Cliniche Chirurgiche Generali, Malattie Nervose, Ostetrica, Istituto di Radiologia, Anatomia Patologica, Patologia Generale, Genetica.

Roma: Centro Sociale Studi Precancerosi; funziona in sede propria.

Viterbo: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Campania

Napoli: Istituto per lo studio e la cura dei tumori « Fondazione Senatore Pascale ».

Napoli: Università degli Studi. Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso gli Istituti di Clinica Ostetrica Medica, Chirurgica ed Anatomia Patologica.

Caserta: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Abruzzo

Chieti: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale SS. Annunziata.

L'Aquila: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori presso l'Ospedale Civile.

Teramo: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Pescara: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Puglie

Bari: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona in sede propria, presso il Policlinico.

Brindisi: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale A. Di Summa.

Taranto: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile SS. Annunziata.

Lecce: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Vito Fazzi.

Basilicata

Matera: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Calabria

Cosenza: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Catanzaro: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Reggio Calabria: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civico G. Melacrino.

Sicilia

Catania: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Vittorio Emanuele e la Clinica Chirurgica dell'Università.

Messina: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona in sede propria e presso l'Ospedale Principe di Piemonte.

Palermo: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona in sede propria presso l'Ospedale Feliciuzza.

Ragusa: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Enna: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori presso Ospedale Civile.

Sardegna

Cagliari: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Sassari: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Nuoro: Centro Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Oristano: Centro per la diagnosi e la cura dei tumori; funziona presso l'Ospedale Civile.

Una particolare menzione meritano le indagini di massa effettuate mediante l'esame colpocitologico, che — mentre si vanno perfezionando nuove tecniche diagnostiche a largo impiego in altri settori dell'Oncologia — resta tuttora il metodo più diffuso per l'accertamento in fase preclinica di una forma neoplasica di vasta incidenza, quale il cervico carcinoma dell'utero.

L'attività svolta in questo settore da alcuni fra i Centri meglio organizzati si è venuta ampliando nel corso del triennio considerato; a titolo indicativo si riportano i dati relativi alle campagne di dépistage effettuate dal Centro istituito presso la Clinica Ginecologica dell'Università di Ferrara.

Nel periodo ottobre 1962 - settembre 1967, sono state esaminate 50.115 donne, di cui 48.263 residenti nella provincia di Ferrara, pari al 32,5% della popolazione femminile di età superiore ai 20 anni.

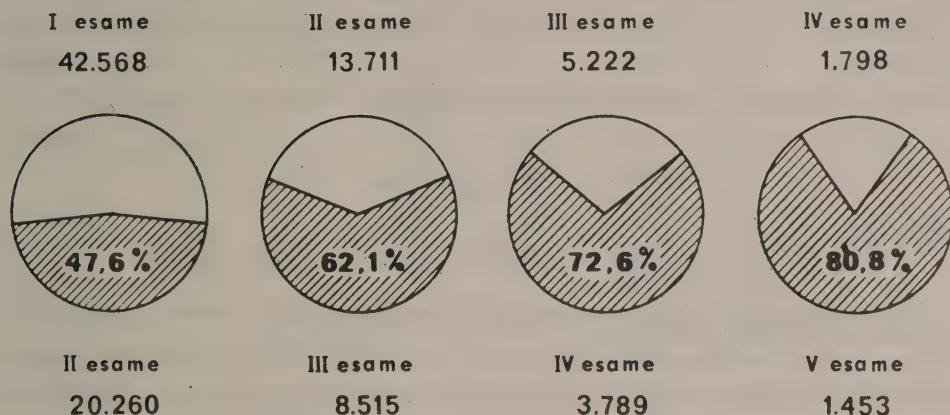



Grafico 7. - Dati del Centro tumori presso la Clinica ginecologica dell'Università di Ferrara.

Fino al 30 settembre 1966 erano state esaminate per la prima volta 42.568 donne. Nel *grafico n. 7* è riportata, assieme al numero delle donne presentatesi a ciascun esame, la percentuale dei soggetti stessi rispetto a quelli che si erano presentati all'esame precedente.

Le cifre appaiono particolarmente significative perchè evidenziano la larga base da cui è necessario procedere per poter creare, in un gruppo di persone molto più ristretto, l'abitudine a sottoporsi ad un controllo sanitario periodico.

Sono stati eseguiti complessivamente:

— 84.132 esami colpocitologici, di cui 817, pari al 9,7‰, con risultato positivo o dubbio;

— 545 esami colposcopici (6,5‰);

— 512 biopsie (6,1‰).

In totale (vedi *tabella n. 15*) sono stati complessivamente accertati 184 casi in situ della portio, 144 casi invasivi, 168 displasie di vario grado; limitatamente al primo esame, le neoplasie accertate sono state pari al 5,46‰ dei soggetti esaminati.

TABELLA N. 15.

DATI DEL CENTRO TUMORI
CLINICA GINECOLOGICA DELL'UNIVERSITÀ DI FERRARA

Donne esaminate (1)	I esame 50.115	II esame 20.260	III esame 8.515	IV esame 3.789	V esame 1.453	Totale
Ca. invasivi	125	15	2	2	—	144 (2)
	2,49‰	0,74‰	0,23‰	0,53‰		
Ca. in situ	149	32	2	1	—	184
	2,97‰	1,58‰	0,23‰	0,26‰		
Displasie	117	32	14	3	2	168
	2,33‰	1,58‰	1,64‰	0,79‰	1,38‰	

(1) Sono comprese solo le donne esaminate nel Centro. Sono escluse le pazienti provenienti dall'Ambulatorio ginecologico della Clinica.

(2) 46 ca. portio stadio I*a*, 67 stadio I*b*, 24 stadio II, 2 stadio III, 1 stadio IV, e 4 ca. corpo stadio I.

7. - ASSISTENZA SOCIALE.

Il Ministero, che non ha stanziamenti di bilancio sotto questa voce, si è preoccupato di potenziare il più possibile, attraverso la Lega Italiana per la lotta contro i tumori, il servizio di assistenza sociale.

La già citata circolare n. 75 assegna alla Lega il settore dell'assistenza sociale a favore degli infermi, con espletamento di pratiche presso Ospedali ed Enti Mutualistici per ricoveri e cure, con il necessario collegamento tra ammalati e Centro tumori e con ogni più possibile interessamento, esteso anche all'ambiente di lavoro dell'infermo per impieghi più consoni alle menomate condizioni fisiche e per eventuali riqualificazioni professionali.

L'assistenza sociale che la Lega e le sue Sezioni sono chiamate a effettuare secondo le direttive ministeriali è estesa anche a favore della famiglia

dell'ammalato per lo svolgimento delle pratiche con Enti vari, per la ricerca di posti di lavoro, per l'interessamento nell'ambiente scolastico ed anche per la necessaria assistenza morale.

8. - Corsi e convegni.

Nei programmi di interventi predisposti nel triennio 1965 - 1967 è stata data la precedenza ai corsi per la formazione del personale tecnico da destinare al servizio di dépistage.

Sono stati organizzati ogni anno corsi per medici e tecnici in citologia, della durata di quattro mesi, provvedendo anche al rimborso forfettario delle spese di viaggio e soggiorno.

Oltre ai corsi per medici e tecnici citologi e a quelli per il perfezionamento nelle tecniche mammografiche, non si è tralasciato di potenziare sempre più l'organizzazione di corsi di aggiornamento sulle varie metodiche e tecniche in cui si articola l'oncologia, sulla educazione e propaganda sanitaria in campo oncologico, nonchè congressi e simposi anche a livello internazionale.

Negli anni 1965, 1966 e 1967, sono stati promossi e finanziati i seguenti corsi:

Anno 1965

1 - Firenze:	Centro di Medicina Sociale	Corso per medici e tecnici citologi
2 - Ferrara:	Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università	Corso per medici e tecnici citologi
3 - Bari:	Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università	Corso per medici e tecnici citologi
4 - Ancona:	Consorzio Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori	Corso per tecnici citologi
5 - Torino:	Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università	Corso per medici e tecnici citologi
6 - Roma:	Istituto « Regina Elena »	Corso sulle tecniche citologiche e sulla educazione sanitaria, destinato alle Ostetriche
7 - Roma:	Centro sociale studio precancerosi.	I Seminario Europeo sulla profilassi del Cancro
8 - Brescia:	Consorzio Provinciale Bresciano per la lotta contro i tumori	Corso di radioterapia
9 - Genova:	Consorzio Provinciale antineoplastico	Corso di aggiornamento in oncologia e sulle tecniche radiodiagnostiche

Anno 1966

1 - Ferrara:	Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università	Corso per medici e tecnici citologi
2 - Firenze:	Amministrazione Prov.le Centro di Medicina Sociale	Corso per medici e tecnici citologi
3 - Milano:	Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori	Corso per medici e tecnici citologi
4 - Ancona:	Consorzio Provinciale per la diagnosi e la cura dei tumori	Corso per tecnici citologi
5 - Ferrara:	Divisione radiologica Arcispedale S. Anna	Corso sulle tecniche mammografiche
6 - Firenze:	Istituto di Radiologia dell'Università	Corso sulle tecniche mammografiche
7 - Perugia:	Centro sperimentale di educazione sanitaria	Corso sulla propaganda e sulla educazione sanitaria in campo oncologico
8 - Bologna:	Amministrazione Prov.le Dispensario Oncologico F. Addarii	Giornate bolognesi sulla prevenzione dei tumori polmonari
9 - Brescia:	Consorzio Provinciale Bresciano per la lotta contro i tumori	Corso sulle Alte Energie
10 - Genova:	Consorzio Regionale per la lotta contro i tumori	Corso di aggiornamento destinato al personale delle Istituzioni Oncologiche della Regione Ligure
11 - Palermo:	Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori	Corso di aggiornamento in oncologia destinato a personale delle Istituzioni Oncologiche della Regione Siciliana

Anno 1967

1 - Milano:	Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori	Corso per medici e tecnici citologi
2 - Ferrara:	Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università	Corso per medici e tecnici citologi
3 - Firenze:	Amministrazione Prov.le Centro di medicina sociale	Corso per medici e tecnici citologi
4 - Roma:	Istituto « Regina Elena »	Corso per tecnici citologi
5 - Bari:	Clinica Ostetrico e Ginecologica dell'Università	Corso per medici e tecnici citologi

6 - Ancona:	Consorzio Provinciale per lo studio e la cura dei tumori	Corso per tecnici citologi
7 - Ferrara:	Divisione Radiologica Università	Corso di mammografia
8 - Firenze:	Istituto Radiologia Università	Corso di mammografia
9 - Roma:	Istituto Patologia Medica Università	Corso su diagnostica radiologica
10 - Perugia:	Centro Sperimentale Educazione Sanitaria	Corso sulla propaganda e sulla educazione sanitaria in campo oncologico
11 - Bologna:	Amministrazione Ospedale Dispensariale Oncologico F. Addarii	Giornate bolognesi sulla prevenzione del cancro urinario
12 - Milano:	Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori	Corso sulla diagnosi e la terapia delle metastasi
13 - Torino:	Istituto Oncologico Ospedale S. Giovanni Battista e della città	Tecniche complementari in terapia oncologica
14 - Brescia:	Consorzio Provinciale per la lotta contro i tumori	Corso sulle Alte Energie
15 - Genova:	Consorzio Regionale per la lotta contro i tumori	Corso tecniche medicina preventiva
16 - Roma:	Istituto « Regina Elena »	Corso di aggiornamento per Ostetriche condotte e libere professioniste della provincia di Roma
17 - Roma:	Istituto « Regina Elena »	Convegno Nazionale sulle tecniche loco - regionali isotopiche

C) MICROCITEMIE, MORBO DI COOLEY E ANEMIE MICROSFEROCITOSICHE

Nell'ambito delle malattie sociali è compreso tutto un gruppo di affezioni ematiche ad impronta genetica che vede nel morbo di Cooley la sua entità patologica più grave.

Le emopatie, che derivano dalle varie forme microcitemiche e dalla associazione delle forme stesse fra loro, costituiscono un problema medico - sociale le cui dimensioni, anche per le sempre più aggiornate acquisizioni scientifiche, assumono un crescente rilievo.

I rilevamenti statistici hanno confermata la diffusione della tara microcitemica in tutta Italia, con una irregolare distribuzione a focolai che trova

una incidenza particolarmente elevata in molte province dell'Italia meridionale, insulare e nel Delta padano, tanto che oggi si può valutare l'estensione di queste emopatie, nelle loro varie forme, ad oltre due milioni di soggetti.

Nelle zone in cui l'alta incidenza microcitemica è stata sufficientemente documentata sono a mano a mano sorti appositi Centri per lo studio delle microcitemie che, coordinati ed indirizzati dalla Associazione Nazionale per la lotta contro le microcitemie in Italia, assolvono molteplici e gravosi compiti, con un lavoro sempre crescente per quantità e qualità. L'Associazione ha avuto il suo riconoscimento in Ente morale con decreto del Presidente della Repubblica il 9 maggio 1967, n. 406.

Fra questi compiti, particolare importanza riveste, sul piano sanitario e sociale, l'indagine rivolta alla identificazione e al censimento dei soggetti portatori sani della tara microcitemica, e ciò non tanto agli effetti di una valutazione statistica, ma soprattutto per una valida ed efficace opera di vera e propria profilassi che si completa con una intensa opera divulgativa e di propaganda eugenica, specie nei riguardi delle conseguenze sulla prole. Nel *grafico n. 8* vengono forniti i dati sulla incidenza della microcitemia nelle Province particolarmente colpite.

E' fuori dubbio, infatti, che la conoscenza dei concetti fondamentali di eugenica e l'esame ematologico prematrimoniale rappresentano i soli mezzi capaci di impedire che la triste schiera dei malati di morbo di Cooley continui ad aumentare.

Malgrado le inevitabili limitazioni derivanti dalla mancanza di uno stanziamento specifico nel bilancio del Ministero della Sanità, i Centri finora istituiti hanno portato alla realizzazione di una rete di servizi profilattici, assistenziali e sociali che non ha l'uguale in altri Paesi.

Riassumendo per sommi capi l'attività svolta nel triennio 1965 - 1967, dalla Associazione e dai Centri di microcitemie, abbiamo i seguenti dati.

1. - Attività di profilassi.

Nel triennio in esame le indagini rivolte alla identificazione e al censimento dei soggetti portatori sani della tara microcitemica sono state estese, con dépistages di massa, a 199.700 soggetti, per la maggior parte effettuati presso scuole e comunità. Fra questi, sono identificati ben 33.092 infermi o portatori sani di tara microcitemica.

2. - Attività assistenziale.

In relazione all'esito delle indagini di massa, anche nel settore assistenziale si è avuto un progressivo aumento delle prestazioni sanitarie a favore dei malati.

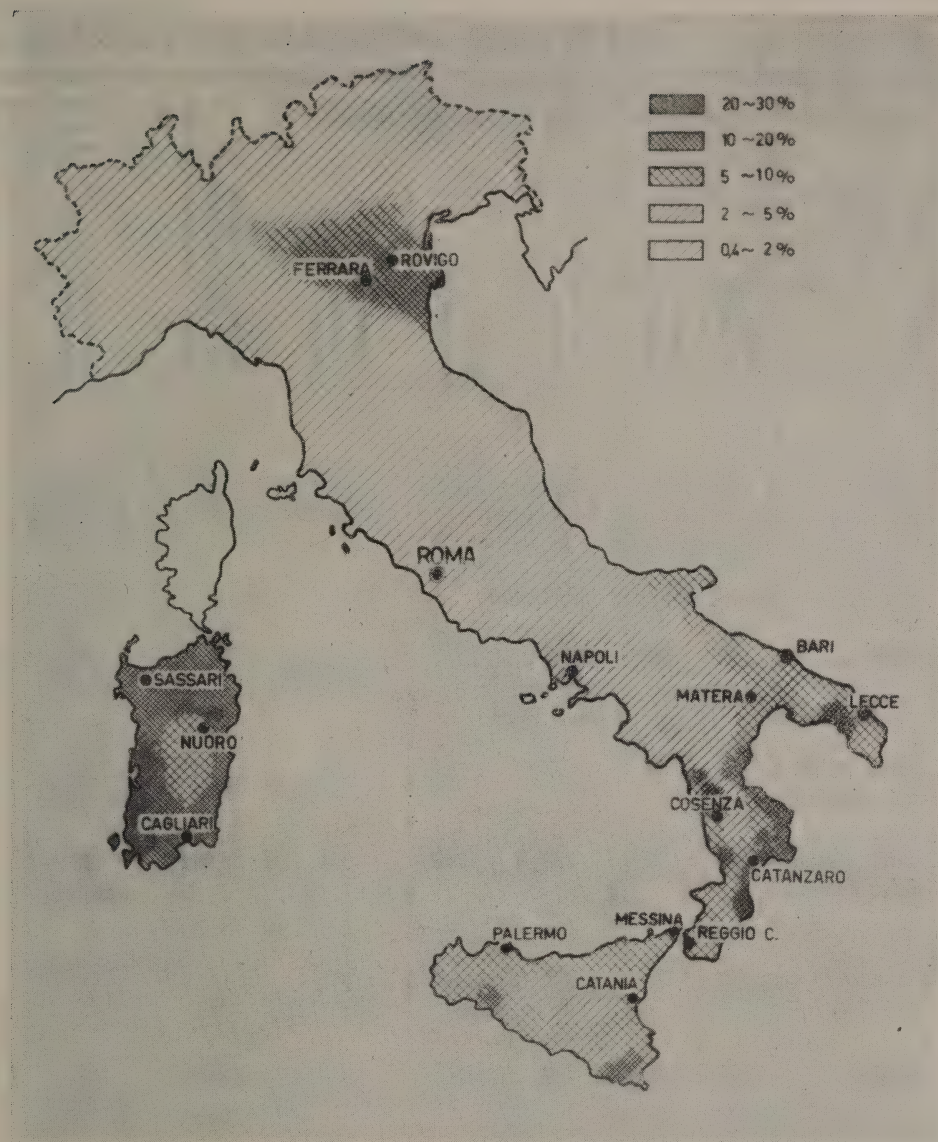



Grafico 8. - Incidenza della microcitemia nelle province particolarmente colpite.

SINTESI DELLE ATTIVITÀ
DAI CENTRI DELLA MICROCITEMIA GESTITI DALL'ASSOCIAZIONE

Centro della Microcitemia di	Malati di morbo di Cooley e di altre anemie microcitemiche assistiti					Dépistages di massa per ricerca microcitemia: soggetti o campioni esaminati	Esami completi per ricerca microcitemi ed emoglobine abnorm	
	Numero malati		Visite mediche praticate	Esami emocromatici	Trasfusioni di sangue praticate		Famiglie di malati	Soggetti isolati
	Morbo di Cooley	Anemie microcitemiche						
Roma	160	24	1.480	1.443	1.255 (litri 377)	4.297	126 familiari di malati	1.51
Cagliari	206	334	2.088	619	395 (litri 107)	10.752	496 familiari	
Catania (Clinica Pediatrica)	54	36	1.407	384	1.062 (litri 57)	1.143	304 familiari	
Catania (Ospedale Garib.)	38	27	720	792	324 (litri 40,3)	2.902	38 famiglie	13
Catanzaro	24	173	876	1.224	350 (litri 72)	1.019		32
Cosenza	56	31	1.480	1.315	240 (litri 40)	5.090	115 famiglie	2.27
Ferrara	123	1	914	888	1.247 (litri 482)	14.201	343 famiglie	

TABELLA N. 16.

VOLTE NEL 1967
NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO LE MICROCITEMIE IN ITALIA

per ricerca emoglobine abnomi	Totale altri esami praticati	Attività scientifica	Attività varie di propaganda e di educazione sanitaria
0.980	9.917	Sei lavori pubblicati; altri tre in corso di stampa.	Due conferenze divulgative al IX Congresso nazionale A.M.I.S.; numerosi articoli divulgativi su giornali quotidiani e settimanali; corso di lezioni a medici specializzandi in ematologia; lezioni a studenti in medicina.
900	135	Sette pubblicazioni; numerosi altri lavori in corso.	Lezioni e conferenze a studenti e a medici; numerose conversazioni con familiari di bambini microcitemici.
842	1.777	Tre lavori in corso.	
285	68	Una comunicaz. al Congresso nazionale AMCI; ricerche in corso.	Numerose conferenze a medici, pubblico vario ed insegnanti.
833	677		Una conferenza ad insegnanti.
2.620	730	Una pubblicazione; tre lavori in corso.	Conferenze ai direttori didattici e al Rotary Club di Cosenza; numerosi incontri con medici e popolazione varia; circolari divulgative periodiche a tutti i medici della Provincia.
1.721	207	Un lavoro pubblicato e due in corso; una comunicazione al Congresso naz. emat. trasfus.; numerosi incontri con studiosi stranieri.	Numerosi incontri con famiglie microcitemiche.

SINTESI DELLE ATTIVITÀ
DAI CENTRI DELLA MICROCITEMIA GESTITI DALL'ASSOCIAZIONE

Centro della Microcitemia di	Malati di morbo di Cooley e di altre anemie microcitemiche assistiti					Dépistages di massa per ricerca microcitemia: soggetti o campioni esaminati	Esami completi per ricerca microcitemi ed emoglobine abnorm	
	Numero malati							
	Morbo di Cooley	Anemie microcitemiche	Visite mediche praticate	Esami emocromatici	Trasfusioni di sangue praticate		Famiglie di malati	Soggetti isolati
Lecce	49	13	750	780	238 (litri 32)	558	150 famiglie	850
Matera	28	28	126	644	234 (litri 42)	1.508	15 famiglie	
Messina	26	15	569	439	569 (litri 68)	1.580	18 famiglie	420
Napoli	56	568	836	2.564	83 (litri 10)	1.882	68 famiglie	2.074
Nuoro	27	3	97	551	279 (litri 53)	3.376		1.402
Palermo	113	15	1.536	1.100	1.480 (litri 135)	420	50 famiglie	320
Reggio Cal.	43	18	376	425	340 (litri 68)	6.182	43 famiglie	6.058
Rovigo	24	14	381	403	209 (litri 53)	8.526	406 famiglie	1.805
Sassari	37	15	186	202	198 (litri 32)	303	102 famiglie	694
TOTALI	1.064	1.315	13.822	13.773	8.503 (litri 1.668)	63.839	2.274	17.863

Segue: Tabella n. 16

svolte nel 1967
nazionale per la lotta contro le microcitemie in Italia

per ricerca emoglobine abnormi	Totale altri esami praticati	Attività scientifica	Attività varie di propaganda e di educazione sanitaria
250	920	Tre ricerche in corso.	Incontri divulgativi con autorità sanitarie, didattiche e militari del capoluogo.
250			Vari colloqui con insegnanti e famiglie di microcitemici.
148	380	Una pubblicazione.	Conferenze e lezioni a medici e studenti; lettera circolare agli ufficiali sanitari.
.206	14.979	Nove lavori pubblicati.	Conversazioni e incontri periodici con le popolazioni delle località esplorate.
.523	10.226	Undici lavori in corso.	Due conferenze alla R.A.I.; incontri con insegnanti e medici.
550	318	Ricerche in corso.	
948	7.373	Due pubblicazioni in corso.	Numerosi incontri con medici, insegnanti e pubblico vario.
527	774	Tre lavori in corso di stampa; altri tre in elaborazione.	Conferenze a medici, insegnanti, assistenti sanitarie e sociali; numerosi incontri con pubblico vario e famiglie di microcitemici.
012	460	Due lavori pubblicati; altri in corso.	Una conferenza al Centro di preparazione alla famiglia; numerose conferenze ad alunni di scuole medie superiori e a pubblico vario.
595	48.841		

Il numero globale degli assistiti, che nel 1965 era di 1810, è passato a 1905 nel 1966 ed a 2379 nel 1967; le trasfusioni di sangue sono aumentate da 7776 del 1966 a 8503 del 1967, mentre la quantità globale di sangue trasfuso è aumentata dai 1507 litri del 1966 ai 1668 litri dell'anno 1967. La organizzazione dell'Associazione e l'attività svolta dai Centri nel 1967 sono sintetizzate nella *tabella n. 16*.

3. - Attività scientifica.

In questo settore è da menzionare la mole, veramente notevole, di esami ematologici ed emoglobinici sugli assistiti e sui depistati, esami che per il solo anno 1967 ammontano a n. 72.505. A questi, vanno aggiunti altri 48.841 esami diversi praticati sugli stessi soggetti.

Questi esami, oltre i fini assistenziali e terapeutici, hanno fornito preziosi dati per accurati studi scientifici di molti casi ed in particolare per approfondite indagini, nelle diverse zone, sugli aspetti epidemiologici delle microcitemie.

4. - Attività di propaganda e di educazione sanitaria.

E' andata di pari passo con l'azione di profilassi e di dépistage ed è stata svolta a diversi livelli. Tutti i centri hanno preso diretti contatti con i gruppi familiari interessati con una intensa propaganda eugenica, mentre non sono mancate manifestazioni a livello scolastico, sia nei riguardi del personale docente che dei genitori e degli alunni, talvolta anche con conferenze e proiezioni di documentari.

Particolare riguardo si è avuto alla attività propagandistica a mezzo stampa, con articoli su pubblicazioni quotidiane e periodiche e distribuzione, specie ai giovani, di opuscoli illustrativi.

Nè infine è mancato il continuo intervento, sia sotto forma di lezioni che di conversazioni e di conferenze, presso medici e specializzandi in discipline più vicine ai gruppi di popolazione, come pediatria, igiene, medicina scolastica.

Dai dati sopra riportati si rileva una efficiente incentivazione, in tutti i settori, della lotta contro le microcitemie. L'azione svolta ha ottenuto senza dubbio proficui e brillanti risultati che, in un immediato futuro, parallelamente ad un auspicabile maggiore impegno economico della Amministrazione sanitaria, potranno essere sempre più concreti e soddisfacenti.

D) MALATTIE CARDIOVASCOLARI

E' da premettere che le malattie considerate in questo capitolo riguardano non soltanto quelle che la classificazione nosologica indica sotto la voce

« malattie del sistema circolatorio », ma anche « le lesioni vascolari del sistema nervoso centrale » che detta classificazione comprende, invece, fra le malattie del S.N.C. e degli organi dei sensi.

1. - Morbosità.

E' da ritenere che anche nel triennio 1965 - 1967 le malattie cardiovascolari abbiano avuto una incidenza elevata, pur se i dati di cui è possibile disporre sono soltanto approssimativi.

Trattasi, infatti, com'è noto, di malattie non soggette a denunzia obbligatoria.

Le casistiche ospedaliere costituiscono una fonte di informazione fra le meno probative in rapporto alla circostanza che la tendenza al ricovero varia da zona a zona, influenzata, com'è, da problemi di ordine organizzativo e da abitudini locali diverse.

Esse non possono, inoltre, non considerarsi viziate, essendo riferite non già ai singoli ammalati, ma ai casi di malattia; per cui, nell'anno, un determinato soggetto finisce con l'essere considerato più volte, in caso di ricovero ripetuto.

Utile riferimento ci è sembrato, perciò, quello concernente l'attività degli Enti erogatori di assistenza, ed, in particolare, dell'I.N.A.M.

Da esso, unitamente alle risultanze delle indagini condotte da vari studiosi su pazienti non selezionati e delle attività dei Centri cardiologici più qualificati, è dato dedurre, sia pure in linea del tutto presuntiva, come le malattie cardiovascolari abbiano segnato una incidenza aggirantesi intorno al 4,5% della popolazione del Paese, colpendo, con prevalenza nel sesso femminile, soggetti, che, nel 65% dei casi, sono in età compresa tra i 20 ed i 60 anni, e quindi, per la maggior parte, in età lavorativa.

Le forme morbose che presentano una maggiore incidenza sono rappresentate dalle vasculopatie periferiche — ivi incluse le affezioni venose — dall'arteriosclerosi del cuore e delle coronarie, dall'ipertensione.

Per quanto riguarda, infine, la distribuzione territoriale, è da rilevare una morbosità più elevata nell'Italia settentrionale, e, quindi, nell'Italia centrale, meridionale, e insulare, eccezione fatta per le cardiopatie reumatiche, la cui frequenza appare più elevata, invece, nell'Italia meridionale ed insulare.

Da una indagine statistica condotta da Serio sulla morbosità per malattie cardiovascolari fra i lavoratori italiani assistiti dall'I.N.A.M. — relativa all'anno 1963 — e riferita ai casi di incapacità al lavoro tra i lavoratori assicurati aventi diritto all'indennità economica, si può rilevare, ancora, che le regioni a più elevata morbosità sono rappresentate dal Friuli - Venezia Giulia, dalla Sicilia, dalla Lombardia, dall'Umbria; quelle a morbosità più bassa dalla Basilicata, dalla Calabria, dalla Sardegna, dalle Puglie (*tabella n. 17*).

TABELLA N. 17.

CASI DI MALATTIA PER CARDIOVASCULOPATIE DIVISI SECONDO IL SESSO E LE REGIONI. ANNO 1963 *

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	N. Casi	Frequenza su 100.000 assicurati	N. Casi	Frequenza su 100.000 assicurati	N. Casi	Frequenza su 100.000 assicurati
Piemonte - Valle d'Aosta	11.932	2.402,4	7.302	3.434,7	19.234	2.711,8
Lombardia	29.997	2.775,4	14.113	3.109,2	44.110	2.874,1
Veneto	9.575	2.594,8	2.572	1.834,8	12.147	2.385,6
Friuli - Venezia Giulia	4.105	3.386,2	1.111	3.033,4	5.216	3.304,4
Liguria	5.537	2.718,2	1.050	2.404,8	6.587	2.662,9
Emilia	10.660	2.491,7	4.313	2.020,4	14.973	2.334,8
Toscana	8.368	2.345,5	2.170	2.111,8	10.538	2.293,8
Umbria	1.771	2.676,2	431	3.406,0	2.202	2.793,3
Marche	2.050	2.390,4	408	1.814,0	2.458	2.270,6
Lazio	5.494	1.579,4	1.131	1.399,1	6.625	1.545,4
Abruzzo e Molise	1.431	1.906,3	325	1.388,2	1.756	1.783,1
Campania	6.195	1.863,3	2.080	1.582,5	8.275	1.783,7
Puglie	4.941	1.349,0	3.060	1.575,9	8.001	1.427,6
Basilicata	433	952,3	130	539,0	563	809,0
Calabria	1.940	1.290,3	878	787,6	2.818	1.076,3
Sicilia	11.698	2.439,4	6.365	5.014,7	18.063	2.978,4
Sardegna	2.009	1.441,4	496	1.366,8	2.505	1.426,0
ITALIA	118.136	2.296,4	47.935	2.437,0	166.071	2.335,3

* da A. SERIO: « Morbosità per malattie cardiovascolari fra i lavoratori italiani assistiti dall'INAM ». Atti del 3º Simposio di Statistica Medica - ISTAT. Roma, 1964.

2. - Mortalità.

Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare, ancora oggi, le cause di morte di maggiore rilievo, circa il 46% della mortalità per tutte le cause, pur tenendo conto della influenza di tutti quei fattori, i quali, come, ad es., la variazione numerica della popolazione, il cambiamento della struttura per gruppi di età, ecc., valgono ad influenzare, in via indiretta, il fenomeno.

La mortalità incide, nel complesso, in misura più rilevante nel sesso femminile; in particolare, è dato notare che mentre la mortalità per le malattie delle arterie coronarie interessa maggiormente il sesso maschile, quella per endocarditi maggiormente il sesso femminile.

Considerato, inoltre, l'andamento delle due forme tipiche di malattie cardiovascolari, endocarditi ed arteriosclerosi del cuore e malattie delle coronarie, è dato rilevare, accanto ad una sensibile contrazione della mortalità per le prime, un aumento evidente, invece, per le seconde, non solo nelle età anziane e centrali, ma anche in età giovanili, raggiungendo, già in età media, il 17% della mortalità maschile per tutte le cause.

Dall'esame dei dati statistici forniti dall'ISTAT, si rileva, anzitutto, come nel biennio 1965 - '66, la mortalità per malattie cardiovascolari abbia segnato una frequenza pari, all'incirca, a 440 per 100.000 abitanti.

Per il periodo 1962 - 1967 *(tabella n. 18)*, è dato osservare, in particolare, quanto appresso:

Tabella n. 18.

Malattie del sistema cardiocircolatorio	1962	1963	1964	1965	1966	1967 (ottobre)
Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche	5.379	5.080	4.559	4.514	4.249	3.564
Arteriosclerosi del cuore e coronaropatie . . .	32.530	34.021	35.182	37.600	36.549	31.047
Endocardite cronica non reumatica	3.156	2.696	2.270	2.288	2.042	1.616
Degenerazione del miocardio	66.491	66.867	60.788	66.355	61.580	53.082
Ipertensione	16.888	17.544	16.458	17.351	16.736	14.143
Altre malattie	31.436	32.304	30.723	33.971	32.554	27.761
Lesioni vascolari del S.N.C.	68.568	68.737	66.578	71.032	69.268	56.818
Totali . . .	224.448	227.249	216.558	234.179	222.978	188.031

Il confronto fra i dati relativi all'anno 1966 e quelli relativi all'anno 1965 mostra una diminuzione percentuale pari a 7,2 per le degenerazioni del miocardio, a 7,1 per il R.A.A. e le cardiopatie reumatiche, a 2,8 per l'arteriosclerosi del cuore e le coronaropatie, a 2,5 per le lesioni vascolari del S.N.C.

Per l'anno 1967, nei confronti dell'anno precedente, (periodo gennaio - ottobre), si rileva, invece, un aumento percentuale pari a 8,0 per le degenerazioni del miocardio, a 6,0 per l'arteriosclerosi del cuore e coronaropatie, a 2,0 per le lesioni vascolari del S.N.C.

L'esame comparativo dei dati su riportati, riferito ai gruppi di cause più caratteristiche, dimostra ancora come le lesioni vascolari del S.N.C., le degenerazioni del miocardio, l'arteriosclerosi del cuore e delle coronarie e l'iper-

TABELLA N. 19.

CASI DI MORTE PER MALATTIE CARDIOVASCOLARI DIVISI SECONDO LE REGIONI
ANNI 1965 E 1966

	1965 Frequenza per 100.000 abitanti	1966 Frequenza per 100.000 abitanti
Piemonte	595	533
Valle d'Aosta	447	391
Liguria	550	512
Lombardia	491	447
Trentino - Alto Adige	447	421
Veneto	481	429
Friuli - Venezia Giulia	562	512
Emilia - Romagna	496	472
Marche	431	404
Toscana	483	451
Umbria	460	451
Lazio	371	341
Campania	392	362
Abruzzi	453	411
Molise	496	489
Puglie	364	350
Basilicata	374	352
Calabria	353	327
Sicilia	403	372
Sardegna	344	330

DECESSI PER MALATTIE
DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
1872 - 1960
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
Migliaia
1890
1900
1910
1920
1930
1940
1950
1960

Grafico 9.

Fig. 13. - Marina di Massa (Grosseto): colonia per bambini cardioreumatici, gestita dal Comune di Parma.

Fig. 14. - Falconara (Ancona): colonia per bambini cardioreumatici, gestita dall'Arcivescovado di Ancona.

tensione costituiscano le cause di morte che si presentano, tuttora, stazionarie o in aumento; laddove, una incidenza progressivamente decrescente mostrano, invece, il reumatismo articolare acuto e la cardiopatia reumatica.

In rapporto all'età è dato rilevare come la mortalità si presenti modesta fino ai 30 anni; si raddoppi dai 30 ai 44; aumenti, in misura rilevante, nelle età successive, fino ad un massimo dopo i 75 anni.

Per quanto riguarda, infine, la distribuzione regionale, si può rilevare, per gli anni 1965 e 1966, come la mortalità incida maggiormente in Piemonte, nel Friuli - Venezia Giulia, in Liguria, in Emilia - Romagna, in Lombardia, nel Molise; laddove una mortalità più bassa si registri, invece, in Sardegna, in Calabria, nelle Puglie, nel Lazio, in Basilicata, in Campania (*tabella n. 19*).

E) STATI DISENDOCRINI E DISMETABOLICI

In linea generale, l'attività in tale settore è stata orientata, quasi ovunque, verso la prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete; laddove l'attività negli altri settori delle malattie del metabolismo e delle disendocrinie deve considerarsi, al momento, limitata a qualche Centro, dipendente per lo più da Istituti universitari, ovvero, ancora in fase organizzativa.

Pertanto, ci occupiamo, in questo capitolo, della *malattia diabetica.*

1. - Morbosità.

Anche per il diabete, come per le malattie cardiovascolari, non appare possibile fornire dati precisi, considerato che, a prescindere dalla non obbligatorietà della denuncia e dalla circostanza che le statistiche fornite dagli Istituti di ricovero o dai vari ambulatori specializzati sono da considerarsi soltanto parziali, sfuggendo il numero rilevante degli infermi curati a domicilio, sensibile resta il numero dei casi di malattia ignorati dalle stesse persone che ne sono affette: numero che oscillerebbe dallo 0,5 all'1% della popolazione.

Tenuto conto di tali riserve, si può ritenere, sulla base di elementi ricavati dal numero dei malati assistiti presso i Centri, dagli Enti mutualistici, ovvero ricoverati negli Ospedali per sopravvenute complicanze, che i casi di diabete accertati si presentino in progressiva ascesa, e che la morbosità si mantenga, certamente, in misura superiore all'1,5%, influenzata, com'è, dall'azione di molteplici fattori, e, segnatamente:

— impiego dell'insulina, che ha comportato il prolungamento della vita media del diabetico;

— aumento della vita media, spostatasi, com'è noto, intorno ai 70 anni, con conseguente aumento dei soggetti diabetici per il fatto stesso che la malattia suole manifestarsi con maggiore frequenza nel 5° e 6° decennio di vita;

— eredo - familiarità;
— miglioramento delle condizioni socio - economiche.

La malattia presenta una maggiore incidenza nel sesso femminile e nelle classi di età fra i 21 ed i 60 anni.

Da una indagine statistica condotta da Reale sulla morbosità per diabete nell'ambito della popolazione italiana assicurata presso l'I.N.A.M. e riferita al 1° gennaio 1966 *(tabella n. 20)* è dato rilevare, ancora, come la malattia dimostri un comportamento diverso nelle varie zone: da un quoziente di morbosità su 100.000 assicurati, pari a 1088,4, nel Friuli - Venezia Giulia, si passa ad un quoziente pari a 215,6 negli Abruzzi e Molise.

Tabella n. 20.

Numero soggetti diabetici rilevati nell'ambito della popolazione italiana assicurata presso l'I.N.A.M. Anno 1966 *

Regioni	Totale assicurati	N. soggetti diabetici al 1°-1-1966	Quoziente di morbosità (su 100.000 assistiti)
Piemonte - Valle d'Aosta	2.050.733	12.461	607,6
Lombardia	4.577.543	20.576	449,4
Veneto	1.877.112	9.212	490,7
Friuli - Venezia Giulia	581.829	6.333	1.088,4
Liguria (1)	863.637	2.559	296,3
Emilia	2.014.438	10.718	532,0
Toscana	1.832.377	13.220	721,4
Umbria	458.580	3.469	756,4
Marche	714.972	5.058	707,4
Lazio	1.767.773	14.362	812,4
Abruzzi e Molise	560.562	1.209	215,6
Campania	2.070.995	10.930	527,7
Puglie	1.943.879	9.168	471,6
Basilicata	272.897	980	359,1
Calabria	1.092.091	4.332	396,6
Sicilia (2)	2.430.808	17.185	706,9
Sardegna	758.964	2.178	286,9
Italia	25.869.190	143.950	556,4

* Dalla relazione di L. Reale al Simposio su « Nuovi orizzonti nella prevenzione del diabete mellito ». Roma, dicembre 1966.

(1) Mancano i dati del 1965 della Sede di La Spezia.
(2) Mancano i dati del 1965 della Sede di Agrigento.

Tra le altre regioni, il secondo posto è occupato dal Lazio, il terzo dall'Umbria, il quarto dalla Toscana, il quinto dalla Sicilia, gli ultimi dalla Liguria, dalla Sardegna, dagli Abruzzi e Molise.

Una morbosità più contenuta è da rilevare, in linea di massima, nelle zone a basso tenore di vita, eccezione fatta per la Sicilia, dove il consumo dello zucchero è elevato, e per la Campania, dove vengono consumati alimenti con alta percentuale di carboidrati.

2. - Mortalità.

Si può ritenere che la mortalità sia andata aumentando negli ultimi 50 anni, specie nelle classi di età appartenenti al quinto decennio di vita, particolarmente in rapporto alle complicanze a carico dell'apparato cardiovascolare.

Tabella n. 21.

Casi di morte per diabete divisi secondo le Regioni. Anno 1963 *

Regioni	N. morti	Popolazione residente media	Quoziente su 100.000 abitanti
Piemonte	694	4.051.829	17.12
Valle d'Aosta	11	102.116	10,77
Liguria	451	1.785.657	25,25
Lombardia	1.177	7.646.195	15,39
Trentino - Alto Adige	81	798.511	10,14
Veneto	600	3.884.360	15,44
Friuli - Venezia Giulia	257	1.211.861	21,20
Emilia - Romagna	585	3.713.959	15,75
Marche	271	1.346.596	20,12
Toscana	559	3.322.780	16,82
Umbria	147	791.707	18,56
Lazio	924	4.121.957	22,41
Campania	776	4.839.531	16,03
Abruzzi - Molise	240	1.561.573	15,36
Puglia	485	3.453.509	14,04
Basilicata	66	640.092	10,31
Calabria	225	2.045.663	10,99
Sicilia	905	4.754.221	19,03
Sardegna	156	1.430.262	10,90
Totale	8.610	51.502.381	16,71

* Dalla relazione di L. Reale al Simposio su « Nuovi orizzonti nella prevenzione del diabete mellito ». Roma, dicembre 1966.

Pur tenuto conto che i dati statistici sinora disponibili devono essere considerati con le più ampie riserve, in quanto riferiti, spesso, alle cause di morte più immediate, indipendentemente, cioè, dai casi nei quali il diabete figura come concausa o successione morbosa, si può ritenere che la mortalità per diabete, riferita all'anno 1965, si aggiri intorno ad un quoziente pari al 17,7 per 100.000 abitanti, costituendo l'1,81% della mortalità per tutte le cause, con una maggiore incidenza nel sesso femminile e nei gruppi di età compresi fra gli 81 ed i 90 anni.

Dalla citata relazione di Reale, riferita all'anno 1963 *(tabella n. 21)*, si rileva, infine, per quanto riguarda la distribuzione regionale, come una mortalità più elevata interessi la Liguria, il Lazio, il Friuli - Venezia Giulia, le Marche, la Sicilia, l'Umbria; laddove una mortalità più contenuta si registri nel Trentino - Alto Adige, in Valle D'Aosta, in Basilicata, in Sardegna, in Calabria.

F) REUMOARTROPATIE CRONICHE

Del tutto ardua appare l'elaborazione di dati statistici concernenti la diffusione delle reumoartropatie croniche, considerate la mancanza di un inquadramento nosologico preciso e le diverse metodologie usate dagli studiosi dell'argomento.

Si può, tuttavia, ritenere che, di fronte ad una progressiva riduzione della morbosità per la malattia reumatica, in rapporto al miglioramento delle condizioni di ambiente sociale e ad una sempre più efficace profilassi, ci si trovi di fronte ad un aumento della morbosità per le reumoartropatie infiammatorie croniche e degenerative.

Si ammette che le reumoartropatie interessano circa il 4% della popolazione della terra, e che, in Italia, il numero degli ammalati curati, annualmente, superi i 2 milioni.

Per quanto riguarda l'anno 1964 si rileva, ancora, con riferimento alle voci nosologiche da 720 a 727 e da 734 a 738, settore XIII della classifica nosologica internazionale analitica, come le giornate di malattia indennizzabili, da parte dell'I.N.A.M., siano state 14.354.410, con un onere di oltre 20 miliardi di lire.

Pertanto, pur considerando che l'interesse della lotta contro una determinata malattia è in rapporto, in linea di massima, con la incidenza maggiore o minore della mortalità, il problema della lotta contro le reumoartropatie ha formato oggetto di attenzione da parte del Ministero, specie tenuto conto del rilevante danno economico, causa la inabilità residua più o meno spiccata, conseguente a tali affezioni, nonchè del lungo periodo di supervisione, osservazione, ed assistenza richiesto.

Anche nel triennio 1955-1957 il Ministero è opportunamente intervenuto allo scopo di incrementare la lotta contro le suddette malattie attraverso il potenziamento dei Centri già in funzione e la istituzione di nuovi Centri onde assicurare una sempre maggiore capillarizzazione dei servizi, e, quindi, un più agevole afflusso delle popolazioni.

Attualmente risultano funzionanti, per quanto riguarda le malattie cardiovascolari e reumatiche, 158 Centri, di cui 95 già convenzionati o con convenzioni in corso col Ministero.

Altri Centri (circa 72) possono considerarsi in fase organizzativa.

Diversi Centri risultano articolati in più Sezioni con specifiche competenze: medica, pediatrica, chirurgica; quest'ultima considerata come esplicante attività integrative di quelle demandate alle altre due Sezioni, per le esigenze di peculiari accertamenti ad alto livello anche ai fini della possibilità di adeguati interventi riabilitativi.

Sempre ai fini della riabilitazione vengono promuovendosi iniziative, già realizzate, del resto, presso qualche Centro (Roma, Udine), tendenti ad istituire apposite Sezioni per la periodica valutazione della capacità funzionale del cardiopatico.

Per quanto riguarda le malattie endocrine e del metabolismo (diabete), i Centri funzionanti raggiungono il numero di 87, di cui 47 già convenzionati o con convenzioni in corso.

Altri Centri (4) possono considerarsi in fase organizzativa.

Siffatte istituzioni hanno svolto, in buona parte, soddisfacente attività nei settori dell'accertamento precoce, dell'indirizzo terapeutico e del controllo, e, quindi, nel settore della profilassi secondaria.

Le attività rientranti nell'ambito della profilassi primaria sono state assicurate, invece, da pochi Centri con personale sanitario ed ausiliario in numero tale da consentire, sia pure limitatamente ad alcuni settori, un'attività diretta extramurale.

Appare evidente come le finalità previste dal D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249, potranno essere perseguite solo gradualmente, via via che saranno sempre meglio assicurati opportuni collegamenti con quelle istituzioni, che, in un modo o nell'altro, sono a contatto con le popolazioni (Ufficiali sanitari, Medici condotti, Medici O.N.M.I., Medici di fabbrica, Ostetriche condotte, ecc.) ed una volta realizzata la riforma sanitaria, che risolva i complessi problemi relativi all'organizzazione a livello locale, in maniera da evitare che la medicina preventiva operi solo in condizione di occasionalità.

Gli interventi del Ministero non sono stati limitati soltanto ad assicurare il potenziamento dei Centri ed il loro funzionamento, attraverso la stipula di apposite convenzioni, le quali prevedono un contributo annuo continuativo per le spese di gestione.

Allo scopo di attuare programmi sempre più rispondenti alle necessità e di rendere sempre più efficienti le possibilità di prevenzione e cura delle

malattie cardiovascolari e della malattia reumatica e cardiopatia conseguente, nonchè della malattia diabetica, sono stati attuati, infatti, interventi diretti a perfezionare le attrezzature dell'Istituto per cardiopatici « G. M. Lancisi » di Ancona, e ad agevolare l'arredamento e il funzionamento delle colonie per bambini cardioreumatici e diabetici.

Grafico 10. - Centro cardioreumatologico di Udine e sezioni periferiche.

In proposito, è da rilevare che, attualmente, funzionano n. 3 colonie per bambini cardioreumatici in Marina di Massa (Grosseto), Falconara Marittima (Ancona), Civitavecchia (Roma), e n. 2 colonie per bambini diabetici in Roma (località Ostia - Lido e Torre di Palidoro).

Altra colonia per bambini cardioreumatici trovasi in via di ultimazione nel Comune di Fano (Pesaro).

Negli esercizi 1965, 1966 e 1967 sono stati concessi contributi come indicato nel seguente prospetto:

Causale	1965	1966	1967
Per impianto e attrezzatura dei Centri cardioreumatologici . . .	253.600.000	176.885.000	243.500.000
Per impianto e attrezzatura dei Centri per gli stati disendocrini e dismetabolici	21.000.000	45.000.000	91.000.000
Per funzionamento dei Centri cardioreumatologici	188.300.000	188.300.000	200.800.000
Per funzionamento dei Centri per gli stati disendocrini e dismetabolici	38.900.000	41.150.000	61.500.000
Per attrezzatura e funzionamento colonie per bambini cardioreumatici	67.000.000	60.000.000	65.000.000
Per attrezzatura e funzionamento colonie per bambini diabetici . .	33.000.000	40.000.000	65.000.000

Sono stati concessi, inoltre, contributi allo scopo di favorire lo svolgimento di corsi di addestramento, nonchè borse di studio, per medici, nei vari settori considerati.

E' da rilevare, infine, che il Ministero è anche adeguatamente intervenuto allo scopo di agevolare la istituzione di un Centro pilota per la lotta contro le tossicosi da stupefacenti e da sostanze psicoattive presso l'Istituto di Farmacologia dell'Università di Roma, concedendo un contributo, una tantum, di L. 10.000.000., per le spese di attrezzatura, nonchè un contributo annuo continuativo, di L. 10.000.000, per le spese di gestione.

Sulla base dell'esperienza che sarà data trarre dall'attività di detto Centro, sarà possibile configurare ed attuare, via via, programmi a più largo raggio, diretti a promuovere l'impianto ed il funzionamento di istituzioni similari anche in altre province.

G) TRACOMA

Sia nell'Italia meridionale che insulare l'incidenza della malattia continua a presentarsi in netta flessione in tutte le province ad endemia tracomatosa.

Totale assistiti presso i Dispensar

Province	1964		
	Presenti a inizio anno	Nuovi entrati nell'anno	N. assistiti anno 1964
Campobasso	1.478	495	1.973
Abruzzi - Molise	1.478	495	1.973
Benevento	170	73	243
Caserta	578	676	1.254
Napoli	1.714	629	2.343
Salerno	1.710	808	2.518
Campania	4.172	2.186	6.358
Bari	1.161	995	2.156
Brindisi	189	361	550
Foggia	3.946	1.344	5.290
Lecce	687	327	1.014
Taranto	512	380	892
Puglie	6.495	3.407	9.902
Catanzaro	222	167	389
Cosenza	534	416	950
Reggio Calabria	353	204	557
Calabria	1.109	787	1.896
Matera	*	*	*
Basilicata	*	*	*
Agrigento	962	402	1.364
Caltanissetta	1.021	387	1.408
Catania	547	633	1.180
Enna	156	50	206
Messina	144	139	283
Palermo	149	267	416
Ragusa	453	105	558
Siracusa	59	99	158
Trapani	408	398	806
Sicilia	3.899	2.480	6.379
Cagliari	3.434	4.058	7.492
Nuoro	2.494	1.329	3.823
Sassari	817	754	1.571
Sardegna	6.745	6.141	12.886
Totali	23.898	15.496	39.394

* Dati non pervenuti.

Tabella n. 22.

antitracomatosi negli anni 1964, 1965 e 1966

1965			1966		
Presenti inizio anno	Nuovi entrati nell'anno	N. assistiti anno 1965	Presenti a inizio anno	Nuovi entrati nell'anno	N. assistiti anno 1966
1.167	150	1.317	880	341	1.221
1.167	150	1.317	880	341	1.221
115	87	202	109	127	236
448	388	836	373	344	717
935	322	1.257	756	829	1.185
1.745	563	2.308	1.508	719	2.227
3.243	1.360	4.603	2.746	2.019	4.365
1.069	792	1.861	924	568	1.492
300	499	799	416	2.362	2.778
2.604	757	3.361	*	*	*
665	310	975	614	275	889
245	388	633	148	380	528
4.883	2.746	7.629	2.102	3.585	5.687
238	150	388	223	140	363
360	238	598	214	202	416
338	156	494	202	103	305
936	544	1.480	639	445	1.084
442	165	607	435	593	1.028
442	165	607	435	593	1.028
901	409	1.310	821	326	1.147
578	319	897	601	224	825
426	363	789	363	289	652
65	90	155	61	95	156
132	221	353	139	151	290
160	146	306	86	169	255
312	80	392	230	62	292
78	162	240	95	153	248
409	352	761	366	369	735
3.061	2.142	5.203	2.762	1.838	4.600
2.924	3.632	6.556	2.506	2.815	5.321
1.429	835	2.264	1.796	701	2.497
693	382	1.075	614	321	935
5.046	4.849	9.895	4.916	3.837	8.753
18.778	11.956	30.734	14.480	12.658	26.738

ANNO SCOLASTICO 1964-1965 (DATI

Province	Alunni visitati frequentanti la 1ª classe elementare				Maschi	
	Maschi	Femmine	Totale	T. 1	T. 2	T. 3
Campobasso	2.387	2.309	4.696	282	10	—
Abruzzi - Molise . .						
Benevento	2.623	2.924	5.547	4	—	—
Caserta	6.301	5.828	12.129	138	30	—
Napoli	24.947	24.144	49.091	219	55	3
Salerno	6.362	6.293	12.565	158	27	—
Campania	40.233	39.119	79.332	519	112	3
Bari	13.315	12.754	26.069	49	117	—
Brindisi	3.587	3.503	7.090	15	10	1
Foggia	6.091	6.099	12.190	66	57	—
Lecce	5.784	5.636	11.420	103	86	—
Taranto	2.625	2.756	5.381	40	20	—
Puglie	31.402	30.718	62.150	273	290	1
Matera	1.711	1.705	3.416	87	10	—
Basilicata						
Catanzaro	8.365	7.601	15.966	20	4	7
Cosenza	2.302	2.072	4.374	17	21	—
Reggio Calabria * . . .						
Calabria **	10.667	9.673	20.340	37	25	7
Agrigento	5.220	4.743	9.963	74	6	4
Caltanissetta	2.519	2.559	5.178	33	11	20
Catania	9.244	8.196	17.440	50	5	8
Enna	1.716	1.301	3.017	57	5	—
Messina	5.534	5.207	10.741	46	13	1
Palermo	11.338	11.707	23.045	54	31	—
Ragusa	976	902	1.878	25	13	—
Siracusa	3.545	3.117	6.662	10	—	—
Trapani	4.262	4.346	8.608	38	24	—
Sicilia	44.354	42.078	86.432	387	108	33
Cagliari	9.426	8.391	17.817	238	37	—
Nuoro	3.577	3.399	6.976	128	41	—
Sassari	3.577	3.709	7.286	61	13	5
Sardegna	16.580	15.499	32.079	427	91	5

* Dati non pervenuti. ** Dati parziali.

Tabella n. 23.

distinti per Regioni e Province)

Riscontrati affetti da tracoma							Totale M+F	%
		Femmine						
T. 4	Totale	T. 1	T. 2	T. 3	T. 4	Totale		
—	292	298	5	—	—	303	595	1,25
—	4	4	—	—	—	4	8	0,001
—	168	114	20	—	—	134	302	2,48
—	277	210	36	1	—	247	524	1,06
—	185	149	32	—	—	181	366	2,91
—	634	477	88	1	—	566	1.200	1,51
—	165	47	100	—	—	147	313	1,20
—	26	13	4	—	—	17	43	0,60
—	123	45	62	—	—	107	230	1,88
—	189	98	82	—	—	181	370	3,23
—	60	49	17	—	—	66	126	2,34
—	564	252	265	1	—	518	1.082	1,74
—	97	100	7	2	—	109	206	6,03
—	31	24	3	1	—	28	59	0,38
—	38	15	23	—	—	38	76	1,69
—	69	39	26	—	—	66	135	0,66
—	84	52	4	1	—	57	141	1,41
10	74	13	6	14	12	45	119	2,29
3	66	35	6	5	2	48	114	0,65
—	62	47	6	—	—	53	115	3,81
—	60	32	7	—	—	39	99	0,92
—	85	55	21	—	—	76	161	0,69
—	38	21	11	—	—	32	70	3,72
—	10	5	—	—	—	5	15	0,22
—	62	31	26	—	—	57	119	1,38
13	541	291	87	20	14	412	953	1,10
—	275	191	32	—	—	223	498	2,79
—	169	113	35	—	—	148	317	4,54
—	79	63	15	3	—	81	160	2,19
—	523	367	82	3	—	452	975	3,03

Anno scolastico 1965 - 1966 (dati

Province	Alunni visitati frequentanti la 1ª classe elementare			Maschi		
	Maschi	Femmine	Totale	T. 1	T. 2	T.
Campobasso *						
Abruzzi - Molise . .						
Benevento	2.623	2.924	5.547	4	—	—
Caserta	7.065	6.370	13.435	69	12	—
Napoli	24.572	24.944	49.516	161	34	—
Salerno	8.147	7.357	15.504	195	80	—
Campania	42.407	41.595	84.002	429	126	—
Bari	14.021	14.043	28.064	64	72	—
Brindisi	4.380	4.034	8.414	9	11	7
Foggia	6.464	6.677	13.141	93	80	—
Lecce	6.026	5.792	11.818	77	46	—
Taranto	3.324	3.396	6.720	59	29	—
Puglie	83.561	33.942	68.157	302	238	7
Matera	1.864	1.877	3.741	83	6	—
Basilicata	1.864	1.877	3.741	83	6	—
Catanzaro	9.460	8.974	18.434	14	4	2
Cosenza	11.051	10.965	22.016	36	15	—
Reggio Calabria	1.427	1.495	2.922	—	—	—
Calabria	21.938	21.434	43.372	50	19	2
Agrigento	4.876	4.289	9.165	86	8	2
Caltanissetta	3.287	3.285	6.572	9	10	20
Catania	9.414	8.145	17.559	30	10	13
Enna	1.697	1.404	3.098	51	5	—
Messina	4.781	4.530	9.311	30	2	—
Palermo	9.074	9.737	18.811	36	10	—
Ragusa	1.074	1.035	2.109	16	4	—
Siracusa	3.509	3.022	6.531	3	—	—
Trapani	4.019	4.287	8.306	32	15	1
Sicilia	41.731	39.731	81.462	293	64	36
Cagliari	9.267	8.374	17.641	224	15	—
Nuoro	3.537	3.442	6.979	100	27	—
Sassari	4.073	3.881	7.954	51	12	—
Sardegna	16.877	15.697	32.574	375	54	—

* Dati non pervenuti.

Tabella n. 24.

…distinti per Regioni e Province)

Riscontrati affetti da tracoma							Totale M+F	%
		Femmine						
. 4	Totale	T. 1	T. 2	T. 3	T. 4	Totale		
—	4	4	—	—	—	4	8	0,14
—	81	50	17	1	—	68	149	1,10
—	195	168	29	—	—	197	392	0,79
—	275	178	104	—	—	282	557	3,59
—	525	500	150	1	—	551	1.106	1,31
—	136	42	51	—	—	93	229	0,81
—	27	5	12	5	—	22	49	0,58
—	173	64	68	—	—	132	305	2,32
—	123	73	43	—	—	116	239	2,02
—	88	65	48	—	—	113	201	2,99
—	547	249	222	5	—	476	1.023	1,50
—	89	97	6	—	—	103	192	5,13
—	89	97	6	—	—	103	192	5,13
—	20	18	1	—	—	19	39	0,21
—	51	37	21	—	—	58	109	0,49
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	71	55	22	—	—	77	248	0,57
—	96	71	2	1	—	74	170	1,85
15	54	4	5	16	11	36	90	1,35
6	59	33	7	2	2	44	105	0,58
—	56	41	6	—	—	47	103	3,32
—	32	25	5	—	—	30	62	0,66
—	46	43	6	—	—	49	95	0,50
—	20	16	4	—	—	20	40	1,89
—	3	5	2	—	—	7	10	0,15
48	31	10	—	—	—	41	89	1,07
69	397	248	37	19	13	348	764	0,93
—	239	172	12	—	—	184	423	2,39
—	127	88	27	—	—	115	242	3,46
—	63	52	15	—	—	67	130	1,63
—	429	312	54	—	—	366	795	2,44

ANNO SCOLASTICO 1966 - 1967 (DAT

Province	Alunni visitati frequentanti la 1ª classe elementare			Masch		
	Maschi	Femmine	Totale	T. 1	T. 2	T.
Campobasso *						
Abruzzi - Molise . .						
Benevento	2.817	3.214	6.031	16	1	—
Caserta			12.521	53	10	—
Napoli	26.465	25.970	52.435	136	39	—
Salerno	7.667	6.867	14.534	160	41	—
Campania	36.949	36.051	85.521	365	91	—
Bari	13.965	13.111	27.076	52	60	—
Brindisi	4.079	4.002	8.081	26	16	
Foggia	6.409	6.562	12.974	70	49	—
Lecce	6.218	6.002	12.220	79	46	—
Taranto	3.284	3.229	6.513	41	9	—
Puglie	33.955	32.906	66.864	268	180	
Matera *						
Basilicata						
Catanzaro	8.100	7.206	15.306	20	1	
Cosenza	5.378	5.119	10.497			
Reggio Calabria * . . .						
Calabria **	13.478	12.325	25.803	20	1	
Agrigento	5.300	4.853	10.153	79	4	
Caltanissetta	3.495	3.659	7.154	2	—	1
Catania	8.993	8.680	17.673	34	3	1
Enna	1.627	1.601	3.228	38	—	—
Messina	5.148	4.736	9.884	18	1	—
Palermo	13.692	15.536	29.228	39	6	—
Ragusa	1.067	1.043	2.110	18	3	—
Siracusa	3.206	2.935	6.141	8	1	—
Trapani	3.839	3.857	7.696	24	8	—
Sicilia	46.367	46.900	93.267	260	26	2
Cagliari	9.673	8.647	18.320	185	22	—
Nuoro	3.534	3.495	7.029	56	13	—
Sassari	4.000	3.839	7.839	35	12	—
Sardegna	17.207	15.981	33.188	276	47	—

* Dati non pervenuti. ** Dati parziali.

Tabella n. 25.

…distinti per Regioni e Province)

Riscontrati affetti da tracoma							Totale M+F	%
		Femmine						
T. 4	Totale	T. 1	T. 2	T. 3	T. 4	Totale		
—	17	14	—	—	—	14	31	0,51
—	63	42	7	—	—	49	112	0,89
—	175	159	31	—	—	190	365	0,69
—	201	139	25	—	—	164	365	2,51
—	456	354	63	—	—	417	873	1,02
—	112	53	43	—	—	96	208	0,76
—	45	18	29	2	—	49	94	1,16
—	119	57	43	—	—	100	219	1,68
—	125	74	42	—	—	116	241	1,97
—	50	35	14	—	—	49	99	1,49
—	451	237	171	2	—	410	861	1,28
1	24	9	2	—	—	11	35	0,22
							117	1,11
1	24	9	2	—	—	11	152	0,58
—	84	71	4	—	—	75	159	1,56
15	29	1	—	14	5	20	49	0,68
8	55	27	7	5	2	41	96	0,54
—	38	33	—	—	—	33	71	2,19
—	19	23	—	—	—	23	42	0,48
—	45	35	3	—	—	38	85	0,28
—	21	15	8	—	—	23	44	2,08
—	9	3	—	—	—	3	12	0,19
—	32	22	11	—	—	33	65	0,74
23	332	230	33	19	7	291	621	0,66
—	207	129	13	—	—	142	349	1,90
—	69	45	13	—	—	58	127	1.80
—	47	40	10	—	—	50	97	1,23
—	323	345	36	—	—	250	573	1,72

L'esame della situazione più recente mostra quanto appresso:

1) il numero complessivo degli assistiti presso i dispensari antitracomatosi è stato, nell'anno 1966, all'incirca di 26.000 malati *(tabella n. 22)*; numero sensibilmente inferiore a quello degli anni antecedenti;

2) la indagine disposta dal Ministero, sin dal 1959, fra la popolazione scolastica ha evidenziato una netta flessione del quoziente tracomatoso per gli anni scolastici 1964 - '65, 1965 - '66 e 1966 - '67 (*tabella n. 26*).

Tabella n. 26.

INDAGINE ESEGUITA NELLA PRIMA CLASSE DI TUTTE LE SCUOLE ELEMENTARI DELLE PROVINCE CON ENDEMIA TRACOMATOSA

	Anno 1964-65	Anno 1965-66	Anno 1966-67
Italia Meridionale:			
Totale alunni visitati	169.934	199.272	178.188
Totale alunni riscontrati affetti da tracoma	3.218	2.569	1.886
Quoziente tracomatoso	1,89	1,28	1,05
Sicilia:			
Totale alunni visitati	86.432	81.462	93.267
Totale alunni riscontrati affetti da tracoma	953	764	621
Quoziente tracomatoso	1,10	0,93	0,66
Sardegna:			
Totale alunni visitati	32.079	32.574	33.188
Totale alunni riscontrati affetti da tracoma	975	795	573
Quoziente tracomatoso	3,03	2,44	1,72

Detta indagine è stata condotta su tutti gli alunni della prima classe delle scuole elementari delle province ad endemia tracomatosa ritenendo che la situazione emergente valesse a rispecchiare, sufficientemente, le caratteristiche epidemiologiche locali, pur nei limiti dell'osservazione, specie tenuto conto del fatto che non sempre, nei comuni minori, i bambini vengono sottoposti a controlli sanitari specialistici all'atto dell'ammissione a scuola.

Come rilevasi dalle *tabelle nn. 23, 24* e *25*, i bambini sono distinti per sesso e secondo le forme riscontrate di T1, T2, T3, T4.

Dal raffronto dei quozienti tracomatosi appare evidente come, pressochè in tutte le province, sia da constatare una flessione, spesso marcata, della morbosità.

I servizi antitracomatosi attualmente funzionanti sono i seguenti:

a) dispensari: 422;

b) colonie permanenti: 7.

Allo scopo di agevolare l'attività degli Enti Provinciali Antitracomatosi, il Ministero è intervenuto, così come negli anni precedenti, con sussidi adeguati alle necessità locali, sia allo scopo di assicurare il normale andamento dei vari servizi, sia allo scopo di consentire il ricovero dei bambini tracomatosi nelle colonie permanenti.

Sulla base dei dati pervenuti e già elaborati, è dato rilevare quanto appresso:

1) numero assistiti presso i dispensari nell'anno 1964 n. 39.394

2) » » » » » 1965 » 30.734

3) » » » » » 1966 » 26.738

4) degenze consumate presso le colonie permanenti:

Anno 1965 . . . . . . n. 323.279

» 1966 . . . . . . » 250.402

I sussidi concessi, complessivamente, per ciascun esercizio finanziario sono stati:

Esercizio 1965 . . . . L. 343.855.680

» 1966 . . . . » 401.381.840

» 1967 . . . . » 381.600.000

In un prossimo futuro è intendimento del Ministero assicurare, ove il caso, anche direttamente, la possibilità di apposite indagini allo scopo di accertare l'effettiva incidenza del tracoma nelle singole province, e, quindi, promuovere, sulla base di una conoscenza concreta delle varie situazioni che emergeranno, l'adeguamento dei servizi alle effettive necessità.

Fig. 15. - Cava dei Tirreni (Salerno): colonia permanente tracomatosi di Pregiato.

Fig. 16. - Carovigno (Brindisi): colonia permanente tracomatosi « N. Del Prete ».

H) CENTRI DI OFTALMOLOGIA SOCIALE

E' da considerare al riguardo che il Ministero, dopo attento esame delle situazioni esistenti nelle singole province, a seguito di apposito rilevamento da tempo disposto, ha ritenuto opportuno promuovere la istituzione di Centri piloti in talune di queste, allo scopo di far luogo ad appositi servizi deputati alla lotta contro le affezioni invalidanti dell'apparato visivo, le quali, come le ametropie, lo strabismo, l'ambliopia, il distacco di retina, il glaucoma, le alterazioni degenerative della retina e del nervo ottico a carattere eredo - familiare, sono state riconosciute, com'è noto, malattie sociali, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249.

A concretizzare una siffatta iniziativa sono stati interessati, in particolare, gli Enti Provinciali Antitracomatosi, considerata la disponibilità di personale sanitario ed ausiliario in rapporto al minor impegno richiesto dai compiti di istituto.

Sulla base dell'attività che i predetti Centri andranno a svolgere, anche in coordinamento coi servizi già previsti dal D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 264, sarà possibile ricavare utili elementi di valutazione per una sempre maggior estensione dei servizi nel settore specifico.

I) MALATTIE DERMOVENEREE

E' alquanto difficile ottenere dati statistici precisi sulla epidemiologica delle malattie veneree, poichè il senso di vergogna con cui vengono considerate in relazione alla loro trasmissione prevalentemente sessuale ostacola la raccolta di notizie dirette e complete sulla loro diffusione.

Molti infermi, che si curano da sè consultando al massimo il farmacista, sfuggono a qualsiasi registrazione.

D'altra parte non tutti i sanitari che hanno in cura un infermo di malattia venerea si attengono all'obbligo di notificare il caso al medico provinciale. Le cause di tale atteggiamento sono di vario ordine e, principalmente, da ricercarsi nel dubbio circa la segretezza delle denunce stesse e in una comprensibile, anche se non giustificabile, insofferenza per gli adempimenti previsti dalla legge, dei quali non sempre viene riconosciuta la reale pratica utilità.

Un altro motivo è da individuarsi nella persistente convinzione di molti sanitari che l'unico mezzo idoneo per combattere le malattie veneree sia il controllo sanitario della prostituzione.

Tale situazione, che di fatto persiste malgrado le sollecitazioni operate dall'Amministrazione Sanitaria, induce a seguire l'andamento delle malattie veneree in base ai dati forniti dai dispensari antivenerei pubblici, dai servizi

sanitari delle FF.AA., nonchè, per quanto concerne il servizio nel suo complesso, sulle relazioni degli ispettori dermosifilografi.

Pur variando negli anni, entro certi limiti, il numero dei dispensari e la frequenza dei pazienti, i casi in essi registrati possono essere facilmente paragonabili con quelli degli anni precedenti.

In conseguenza, pur non rappresentando la reale diffusione delle malattie veneree, detti dati indicano con certezza la tendenza all'aumento o alla diminuzione delle stesse.

Nella *tabella n. 27* vengono riportati i dati relativi alle malattie veneree registrati presso i dispensari pubblici. Da essa si può rilevare, per le rispettive malattie:

Tabella n. 27.

Casi di malattie veneree registrati presso i dipendenti dispensari antivenerei comunali e presso quelli annessi alle cliniche dermatologiche ed ospedali

(Cifre assolute e proporzionali a 10.000 abitanti)

Anno	Sifilide primo-secondaria		Blenorragia		Ulcera venerea	
1951	3.464	(0,68)	21.204	(4,26)	1.789	(0,35)
1952	2.311	(0,45)	21.695	(4,31)	2.641	(0,52)
1953	2.289	(0,45)	21.323	(4,24)	1.676	(0,33)
1954	1.824	(0,36)	20.429	(4,06)	1.656	(0,33)
1955	2.289	(0,45)	17.788	(3,55)	1.637	(0,32)
1956	2.697	(0,53)	14.517	(2,88)	1.614	(0,32)
1957	2.701	(0,53)	13.071	(2,60)	1.119	(0,22)
1958	3.222	(0,63)	11.582	(2,30)	760	(0,15)
1959	4.443	(0,87)	11.493	(2,26)	697	(0,13)
1960	6.404	(1,28)	8.751	(1,72)	785	(0,15)
1961	8.065	(1,59)	7.966	(1,57)	633	(0,12)
1962	6.609	(1,30)	6.921	(1,36)	384	(0,07)
1963	5.115	(1,01)	7.349	(1,45)	255	(0,05)
1964	4.774	(0,94)	7.619	(1,51)	201	(0,04)
1965	4.616	(0,91)	6.895	(1,37)	107	(0,02)
1966	4.472	(0,88)	7.270	(1,44)	174	(0,03)
1967	5.124	(1,02)	7.469	(1,48)	132	(0,02)

1. - Sifilide primo - secondaria.

La recessione della relativa incidenza, iniziata dal 1962, è proseguita nel 1965 e 1966, subendo nel 1967 una ripresa i cui valori tuttavia sono molto al di sotto di quelli registrati nel 1961.

I dati forniti dai servizi dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, disponibili per gli anni 1965 e 1966, mostrano la recessione dei casi di sifilide congenita e di quella primo - secondaria (vedi *tabella n. 30*).

Tra gli appartenenti alle Forze Armate, che costituiscono un gruppo campione costante ed i cui dati consentono una comparazione di particolare valore, l'andamento della sifilide primo - secondaria ha mantenuto nel triennio in questione il carattere di lenta ma progressiva recessione (vedi *tabella n. 31*).

Nel complesso, quindi, l'andamento della sifilide primo - secondaria presenta un carattere di stazionarietà. Il fatto che solo presso i dispensari antivenerei pubblici nel 1967 sia stato registrato un numero maggiore di casi rispetto al 1966, può ragionevolmente essere spiegato come conseguenza di un maggiore impegno dei servizi di reperimento sia dei casi ignorati, che delle fonti d'infezione. Del resto la media del triennio in esame dà un valore inferiore a quello del precedente.

2. - Blenorragia acuta o riacutizzata.

In base ai dati di cui alle *tabelle nn. 27* e *31* la blenorragia presenta un andamento che può essere definito, nel suo complesso, come stazionario, anche se il numero dei casi tende, sia pure in limiti modesti, ad aumentare. La media del triennio in esame, rispetto a quella del precedente, infatti, mostra un valore leggermente inferiore: media triennio 1962 - 1964: 7296,3 casi; media triennio 1965 - 1967: 7190 casi.

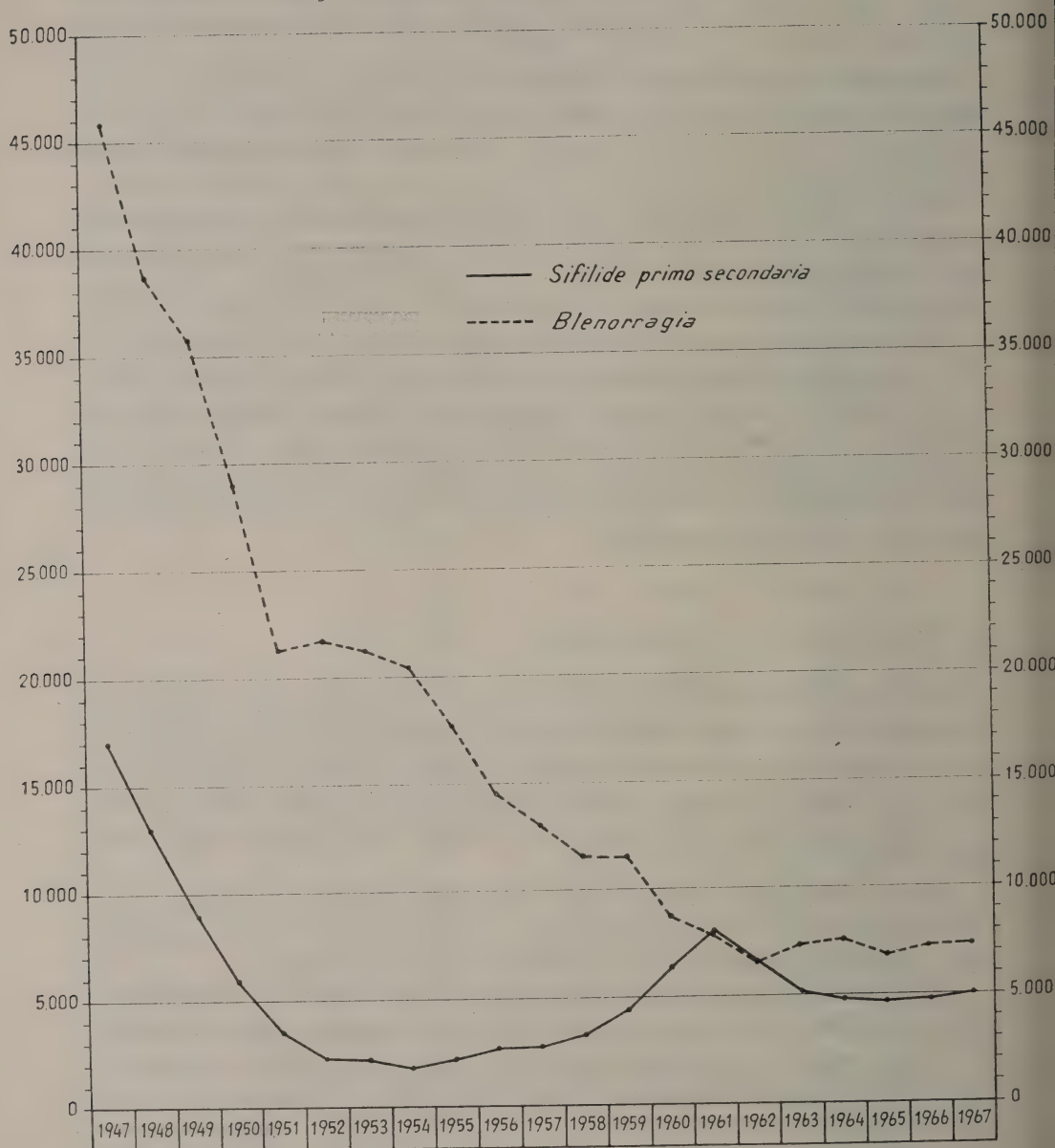
Ma ciò che appare maggiormente opportuno mettere in evidenza nell'epidemiologia di tale forma morbosa è che il numero dei casi rivelatisi come resistenti all'azione della penicillina sembra aumentare.

Tra queste forme resistenti alla penicillina sono senz'altro da includere tutte le cosiddette uretriti non gonococciche, che non sono soggette a denuncia, ma che vengono ugualmente registrate nei dispensari pubblici. Esse sono riscontrate in numero abbastanza rilevante: nel 1965, ad esempio, tra uretriti e vulvovaginiti non gonococciche, sono stati registrati complessivamente 10.391 casi e nel 1966, 11.898.

Fra questi meritano particolare attenzione quelli sostenuti dalle Mimaee, germi morfologicamente simili al gonococco, gram - negativi, resistenti alla penicillina. Ricerche sulla effettiva incidenza e sui precisi poteri patogeni di questo germe sono tuttora in corso.

50.000
45.000
40.000
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
0
Sifilide primo secondaria
Blenorragia
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967

Grafico 11.

TABELLA N. 28.

CASI DI SIFILIDE PRIMO - SECONDARIA REGISTRATI NEI DISPENSARI COMUNALI ED IN QUELLI ANNESSI ALLE CLINICHE ED OSPEDALI

(Cifre assolute e proporzionali a 10.000 abitanti)

Anno	Italia Settentrionale		Italia Centrale		Italia Meridionale		Italia Insulare		Totale	
1957	1.650	(0,73)	570	(0,61)	244	(0,19)	237	(0,37)	2.701	(0,53)
1958	1.811	(0,81)	997	(1,07)	324	(0,25)	90	(0,14)	3.222	(0,63)
1959	2.541	(1,13)	1.101	(1,18)	528	(0,41)	273	(0,43)	4.443	(0,87)
1960	3.616	(1,61)	1.491	(1,60)	708	(0,55)	587	(0,93)	6.604	(1,28)
1961	4.344	(1,94)	1.528	(1,64)	1.117	(0,87)	1.076	1,71)	8.065	(1,59)
1962	3.251	(1,45)	1.229	(1,32)	1.139	(0,89)	989	(1,57)	6.609	(1,31)
1963	2.418	(1,09)	1.102	(1,19)	877	(0,69)	718	(1,15)	5.115	(1,02)
1964	2.624	(1,18)	802	(0,87)	848	(0,66)	500	(0,80)	4.774	(0,94)
1965	2.429	(1,09)	705	(0,76)	990	(0,77)	492	(0,75)	4.616	(0,91)
1966	2.126	(0,95)	703	(0,76)	1.148	(0,90)	495	(0,75)	4.472	(0,88)
1967	2.525	(1,13)	853	(0,95)	1.094	(0,86)	652	(1,04)	5.124	(1,02)

Tabella n. 29.

Casi di blenorragia registrati nei Dispensari comunali ed in quelli annessi alle cliniche ed ospedali

(Cifre assolute e proporzionali a 10.000 abitanti)

Anno	Italia Settentrionale	Italia Centrale	Italia Meridionale	Italia Insulare	Totale
1959	3.692 (1,65)	1.779 (1,91)	5.136 (4,01)	886 (1,41)	11.493 (2,26)
1960	3.489 (1,56)	1.609 (1,73)	2.249 (1,75)	1.404 (2,23)	8.751 (1,72)
1961	3.327 (1,48)	1.572 (1,69)	1.937 (1,51)	1.130 (1,80)	7.966 (1,57)
1962	2.803 (1,25)	1.214 (1,30)	1.799 (1,40)	1.105 (1,76)	6.921 (1,36)
1963	2.641 (1,19)	1.886 (2,04)	1.673 (1,31)	1.149 (1,84)	7.349 (1,45)
1964	2.760 (1,24)	1.453 (1,57)	1.805 (1,42)	1.601 (2,57)	7.619 (1,51)
1965	2.530 (1,14)	1.398 (1,51)	1.763 (1,38)	1.204 (1,93)	6.895 (1,36)
1966	2.462 (1,11)	1.683 (1,82)	1.876 (1,47)	1.249 (2,00)	7.270 (1,44)
1967	2.458 (1,11)	1.882 (2,04)	1.887 (1,48)	1.242 (1,93)	7.469 (1,48)

Tabella n. 30.

Casi di sifilide registrati presso i Consultori dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia

(Cifre assolute)

Anno	Congenita	Primo-secondaria
1957	1.005	24
1958	811	23
1959	719	34
1960	254	43
1961	373	67
1962	360	71
1963	266	58
1964	249	53
1965	308	91
1966	259	49

Tabella n. 31.

Casi di sifilide, di blenorragia e di ulcera venerea registrati presso le Forze Armate

(Cifre assolute)

Anno	Sifilide primo secondaria	Blenorragia acuta e riacutizzata	Ulcera venerea
1957	119	994	202
1958	150	861	107
1959	365	722	74
1960	405	743	95
1961	715	699	86
1962	708	669	79
1963	532	622	36
1964	431	814	23
1965	408	623	25
1966	415	485	27
1967	363	562	25

Esami sierologici per la lue - Metodo standard VDR

Anno	Persone che hanno richiesto certificato di sana costituzione	Positività per lue		Militari di leva	Positività per lue	
		Cifre assolute	‰		Cifre assolute	‰
1961	229.550	2.609	11,36	168.720	864	5,14
1962	353.722	2.804	7,92	318.384	1.067	3,35
1963	379.211	3.171	8,36	313.219	1.138	3,63
1964	412.731	3.097	7,50	216.647	702	3,24
1965	438.130	3.770	8,60	120.168	612	5,09
1966	480.559	3.210	6,67	192.316	554	2,88

Anno	Associati alle carceri	Positività per lue		Ricoverati ospedali	Positività per lue	
		Cifre assolute	‰		Cifre assolute	‰
1961	22.228	1.478	66,49	57.310	2.670	46,5
1962	22.731	1.441	63,39	151.731	4.708	31,0
1963	22.689	1.569	69,15	209.755	6.272	29,9
1964	20.240	1.488	73,51	181.157	5.591	30,8
1965	25.573	1.561	61,04	213.463	7.996	25,5
1966	25.482	1.363	53,48	210.229	5.066	24,1

Tabella n. 32.

OSITIVITÀ PER SIFILIDE PER 1.000 ESAMI DISTINTI PER CATEGORIA

litari inviati n congedo	Positività per lue		Corpi volontari militarizzati	Positività per lue	
	Cifre assolute	‰		Cifre assolute	‰
47.176	237	5,02	24.387	267	10,98
112.603	630	5,59	18.813	210	11,10
152.388	702	4,60	14.056	117	8,32
152.421	675	4,42	26.441	361	13,65
154.495	762	4,93	31.734	172	5,42
172.300	680	3,94	28.439	158	5,55

Collettività	Positività per lue		Dispensari antivenerei	Positività per lue	
	Cifre assolute	‰		Cifre assolute	‰
75.259	852	11,32	73.706	11.149	151,26
102.772	1255	12,21	74.913	12.281	163,93
114.897	1435	12,48	68.312	11.794	172,64
123.655	1534	12,40	67.116	10.656	158,76
146.104	1552	10,62	80.702	11.947	148,03
147.840	1576	10,66	64.478	12.026	186,51

3. - Ulcera venerea.

L'incidenza di questa malattia continua a presentare una costante e progressiva diminuizione: dagli 8048 casi del 1937 è passata ai 1656 nel 1954, ai 201 nel 1964 ed ai 132 del 1967.

4. - Controllo delle malattie veneree.

Come è già stato riferito nella precedente relazione, concernente il triennio 1962 - 1964, l'Amministrazione sanitaria ha atteso ed attende con impegno ai problemi relativi alla lotta antivenerea, sulla base della legislazione in vigore, alla quale uniforma disposizioni e provvedimenti.

E' ben noto che la legge n. 837 del 25 luglio 1956 e il relativo regolamento di applicazione (D.P.R. 27 ottobre 1962, n. 2056) considerano le malattie veneree alla stregua delle altre malattie infettive e diffusive, con in più l'obbligo e la gratuità della cura.

Il controllo, quindi, è rivolto a tutta la popolazione, attuando in tal modo quel criterio non discriminativo tanto più necessario ed opportuno quanto più si considerino quei fenomeni di industrializzazione, di urbanizzazione, di emancipazione sociale ed economica, specie femminile, che caratterizzano l'attuale costume di vita.

Non sembra fuori di luogo, a questo punto, prospettare la possibilità di una qualche evoluzione del costume sessuale in relazione alla diffusione dell'uso dei contracettivi orali. E' ben vero che il relativo problema è tuttora allo studio nei suoi vari aspetti morali, giuridici e scientifici, ma non si può sottacere che questi preparati ovariostatici sono già in commercio e che vengono usati. La diffusione di questa pratica potrebbe avere delle ripercussioni sull'incidenza delle malattie veneree ove si consideri, da una parte, il venir meno di una importante remora al contatto sessuale e cioè il timore di una gravidanza, e dall'altra, per lo stesso motivo, la preferenza agli ovariostatici nei confronti dei profilattici di uso maschile.

Il controllo delle malattie veneree si attua essenzialmente con l'applicazione sempre più diffusa della pratica di accertamento sierologico, anche in circostanze diverse da quelle che lo rendono obbligatorio ai sensi dell'art. 7 della citata legge n. 837; con il potenziamento della rete dispensariale per la diagnosi e la cura; con una più impegnativa azione di reperimento delle fonti di contagio mediante la sistematica esecuzione delle inchieste epidemiologiche; con un'opera di educazione sanitaria intesa a promuovere una coscienza igienico - sanitaria capace di rimuovere molti di quegli inutili e dannosi pregiudizi che, specie nella lotta contro le malattie veneree, rappresentano gli ostacoli più difficili da superare.

Esaminando partitamente i punti sopra indicati si rileva:

5. - Accertamenti sierologici.

Nel triennio in esame l'accertamento sierologico per la lue è stato eseguito in misura sempre più diffusa, con 1.210.369 esami nel 1965 ed 1.321.643 nel 1966. I dati relativi al 1967 non sono ancora disponibili per intero, ma è da presumere che raggiungeranno valori uguali se non superiori.

Il reperimento dei casi ignorati, che può essere dedotto approssimativamente dai valori percentuali dei sieri risultati reattivi fra gli esami praticati in gruppi di persone presumibilmente sane, oscilla entro limiti del 10‰ (vedi *tabella n. 33*).

Tabella n. 33.

Positività per sifilide per 1.000 esami in persone presumibilmente sane

Anno	N. esami	Positivi per sifilide	Per mille esami
1961	603.407	12.927	21,42
1962	1.058.123	10,674	10,08
1963	1.183.526	12.835	10,84
1964	1.113.052	11.960	10,74
1965	1.104.094	14.864	13,46
1966	1.231.683	11.244	9,12

6. - Dispensari antivenerei.

La rete dispensariale antivenerea, che consta alla data del 31 dicembre 1967 di 209 dispensari antivenerei comunali, di 14 dispensari annessi ad Ospedali o Cliniche universitarie e di 266 dispensari annessi ad altrettanti consultori dell'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, è stata integrata da altri 36 dispensari annessi ai consultori di detta Opera. Il relativo atto aggiuntivo alla convenzione già in vigore è stato approvato con D.M. 18 luglio 1966, n. 1739 di repertorio.

Nei riguardi dei dispensari comunali, per quanto possibile e non appena se ne presenta l'occasione, il Ministero cerca di dimensionarne il numero e soprattutto di ottenerne l'inserimento in sistemi ospedalieri o poliambulatoriali. Ciò in quanto i dispensari comunali, in genere, sono male ubicati, decentrati rispetto al Centro cittadino di più intensa urbanizzazione, il che rappresenta una condizione poco idonea a favorire l'afflusso degli ammalati.

Questi, nella quasi totalità, appartengono alle classi meno abbienti ed essendo costretti ad usufruire di mezzi di trasporto pubblici (di regola questi gravitano nel centro della città), finiscono per rivolgersi altrove ai medici liberi professionisti, o per curarsi per proprio conto, o non curarsi affatto.

E' ben vero che il malato venereo si rivolge al dispensario di sua spontanea volontà, ma questa disposizione a frequentarlo è tanto più stimolata e meglio realizzata se egli può raggiungerlo con la massima facilità e con il minor dispendio di tempo.

Appare evidente, quindi, la necessità di evitare che la frequenza del dispensario si tramuti in un danno economico: occorrerebbe far sì che l'infermo vi si possa recare nell'intervallo di lavoro, fra mattino e pomeriggio, o nel tardo pomeriggio, alla fine del lavoro quotidiano.

Nè meno rilevante e non certo positivo aspetto del servizio dispensariale è il fatto che attualmente la maggior parte dei dispensari comunali sono accolti nei locali più disparati, spesso situati in quartieri o zone di discutibile fama, con ingresso sulla pubblica via. Senza dubbio, l'afflusso ai dispensari sarebbe favorito se essi fossero accolti in poliambulatori, se avessero un ingresso riservato in modo che gli ammalati, soprattutto le donne, potessero accedervi senza sentirsi troppo osservati.

Nell'attuale assetto legislativo la realizzazione di quanto, sia pur per sommi capi, sopra prospettato, richiede un rinnovamento della maggior parte dei dispensari comunali, sia per quanto riguarda i locali che le attrezzature, e comporterebbe inevitabilmente un onere finanziario, tanto per i comuni che per il Ministero, non certo indifferente.

D'altra parte, i profondi mutamenti economici e sociali verificatisi negli ultimi dieci - venti anni, non disgiunti dall'avvento dei nuovi presidî medici, portano a ritenere i dispensari comunali oramai superati nella loro struttura, rimasta in sostanza la stessa da moltissimi anni, ed anche in alcune delle modalità di funzionamento.

I dispensari comunali gravano nel bilancio del Ministero per complessivi 270 milioni di lire per anno, che rappresentano tuttavia meno del 50% delle spese, essendo il rimanente a carico dei comuni. Tale onere è destinato ad aumentare in notevole misura, stante le numerose richieste avanzate dalle varie Amministrazioni comunali ed intese ad ottenere l'aumento del contributo. Tali richieste tendono a generalizzarsi e sono dovute, oltre che all'aumentato costo dei servizi, anche all'immissione in ruolo dei medici incaricati (artt. 13 e 23 della citata legge n. 837) ed all'assunzione di personale subalterno, specie A.S.V.

Per questi motivi, come si è già detto, l'Amministrazione sanitaria intende ulteriormente incoraggiare l'inserimento dei dispensari in sistemi poliambulatoriali. Del resto i comuni potrebbero ottemperare all'obbligo di assistere i malati venerei, convenzionandosi con le Cliniche dermosifilopatiche o con gli Ospedali o, in mancanza, con Enti o Istituti che svolgono attività

assistenziale per le malattie e che sono già in possesso della necessaria attrezzatura di base.

Valga l'esempio della convenzione stipulata con l'O.N.M.I. nel 1961 per la gestione dei 266 dispensari antivenerei annessi ai consultori dell'Opera stessa, che ha realizzato in tal modo una rete dispensariale molto diffusa alla quale si sono rivolte e si rivolgono, oltre le gestanti, le puerpere ed i loro bambini, anche un numero considerevole di persone di sesso femminile, sia per la cura che per i controlli, più o meno periodici. Tutti soggetti, questi ultimi, che molto probabilmente non si sarebbero rivolti ai dispensari comunali per più di una ragione, ma senza dubbio soprattutto perchè i dispensari stessi non sono in condizione di offrire tutte quelle garanzie e comodità (ubicazione, orari, continuità del servizio, personale ben qualificato, specie quello subalterno, ecc.), proprie delle installazioni poliambulatoriali.

Inchieste epidemiologiche.

Dall'esame che il Ministero svolge sull'andamento epidemiologico delle malattie veneree si è potuto rilevare che nelle province nelle quali le disposizioni concernenti l'espletamento delle inchieste epidemiologiche sono osservate con un concreto senso di responsabilità, i risultati conseguiti sono soddisfacenti, sia in rapporto al numero dei casi registrati, sia per quanto concerne le fonti di contagio reperite.

Occorre tuttavia precisare che non tutti i dispensari antivenerei comunali dispongono di una A.S.V. effettiva, per cui il relativo servizio, volta a volta, è affidato a personale appartenente ad altri uffici o Enti.

Con circolare n. 48 del 13 marzo 1967, infatti, i Medici provinciali sono stati invitati a valersi, per le inchieste epidemiologiche, dell'opera delle AA.SS.VV. in servizio presso l'O.N.M.I. o altri Enti, a mente dell'art. 22 del D.P.R. 27 ottobre 1962, n. 2056.

L'Amministrazione sanitaria, pertanto, non cessa di richiamare l'attenzione dei propri organi periferici sulla necessità dello svolgimento sistematico dell'inchiesta epidemiologica per ogni caso venuto all'osservazione, condizione essenziale per attuare un concreto ed efficace controllo delle malattie veneree.

7. - Educazione sanitaria.

Appare intuitivo, specie nel campo delle malattie veneree, che con la semplice erogazione della cura non disgiunta dall'attuazione delle comuni misure profilattiche, prima fra tutte la ricerca della fonte di contagio e degli eventuali contagiati, non si esauriscono i mezzi di lotta e di prevenzione: di basilare importanza se non addirittura condizionante il successo di ogni intervento è senza dubbio una accorta azione di educazione sanitaria, insieme

ad una opportuna propaganda intesa a diffondere la conoscenza, anche fra la classe medica, dei mezzi e delle provvidenze a disposizione per la lotta contro le malattie veneree.

Il problema dell'educazione sanitaria, intesa sia in senso generale che nel campo specifico delle malattie veneree — peraltro strettamente connesso a quello dell'educazione sessuale — è tale da richiedere un apporto anche da settori a carattere non sanitario; è vero che la sua soluzione presuppone, quindi, una intesa ai vari livelli direzionali al fine di ottenere la necessaria uniformità di criteri di azione (sia pur variabili a seconda dei soggetti o dei nuclei cui è rivolta), ma è altrettanto vero che è necessario — ed anche possibile — cominciare ad affrontarlo.

Iniziative in tal senso, che il Ministero segue con particolare interesse ed incoraggia, sono state adottate in qualche provincia ed in qualche città. Ad esempio, d'intesa con l'O.N.M.I., sono entrati in funzione alcuni consultori prematrimoniali.

8. - Servizio degli ispettori dermosifilografi.

Non v'è dubbio che, sul piano operativo, i succitati interventi trovano nel medico provinciale il naturale elemento coordinatore e propulsore, ma è anche vero che questi abbisogna della fattiva collaborazione, oltre che delle varie altre autorità interessate al problema (Ufficiali sanitari, medici dell'O.N.M.I., Ufficiali medici, Autorità di P.S., ecc.), anche dell'Ispettore dermosifilografo.

I compiti di quest'ultimo sono ben noti e sono rivolti verso quasi tutti i settori d'azione nella lotta contro le malattie veneree: sia come intervento diretto sia, soprattutto, di controllo.

Per quanto attiene al servizio occorre tener conto che gli specialisti in dermatologia non sono numerosi e che questa circostanza fa sì che nella maggior parte dei casi prestino la loro opera presso più di un Ente oltre che, come nel caso degli ispettori dermosifilografi, presso i servizi di sanità pubblica.

Il servizio degli ispettori è attualmente in fase di riordinamento per una revisione delle circoscrizioni, al fine di renderle quanto più possibile rispondenti alle varie esigenze. Inoltre, poichè in qualche sede manca l'ispettore titolare residente in loco (il servizio viene espletato da un incaricato), l'Amministrazione sta predisponendo i relativi concorsi.

9. - Considerazioni conclusive.

Da quanto esposto si può rilevare che le malattie veneree in Italia rappresentano ancora un problema rilevante e che la lotta contro di esse va intensificata, con l'obiettivo — purtroppo ancora lontano — della loro eradi-

cazione. Ma l'incidenza non è così massiccia come da qualche parte si afferma e non si discosta di molto da quella osservata in altri Paesi occidentali.

Resta pertanto il problema di intensificare la lotta senza aumentarne eccessivamente il costo come, mantenendo l'attuale assetto organizzativo, è inevitabile che avvenga.

Detto problema, insieme con altri similari, potrebbe trovare idonea soluzione nell'ambito della riforma sanitaria, inserendo, per esempio, nella « Unità sanitaria locale » anche i dispensari antivenerei, in quanto ormai non dovrebbe sussistere più alcune motivo perchè le malattie veneree non siano considerate alla stregua delle altre malattie infettive e diffusive, anche se, nei loro confronti, dovranno essere mantenuti l'obbligo della cura e la gratuità di essa.

La Legislazione italiana contro le malattie veneree, quasi del tutto analoga a quella dei Paesi più progrediti, rappresenta un idoneo strumento di controllo, purchè venga rigorosamente applicata.

L) LEBBRA

Come risulta dagli atti della Conferenza Interregionale Europa - Mediterraneo Orientale sulla lebbra, svoltasi sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità nell'ottobre 1962 ad Instambul, l'Italia fa parte dei Paesi Europei nei quali la lebbra è in via di estinzione.

Verosimilmente le manifestazioni della malattia si riallacciano alla grande pandemia lebbrosa del Medioevo e dell'inizio del Rinascimento.

Il prof. F. Jaja, al quale si deve la prima documentazione clinica della lebbra in Italia, in circa quaranta anni di ricerche (dal 1886 al 1924), pur impegnandosi con tenacia, riuscì a reperire soltanto 58 casi di lebbra nei vari Centri dell'Italia Meridionale. Il medesimo studioso in un piccolo paese delle Puglie, Alberobello, osservò 16 casi di lebbra; riuscì ad avere notizia, dagli abitanti del luogo e non dai medici, di altri ammalati ivi esistenti circa 60 anni prima, che, dalla descrizione delle lesioni, risultarono essere stati affetti da lebbra tuberosa. Detto focolaio è oggi da considerare ormai estinto in quanto l'ultimo caso ivi verificatosi risale al 1928.

Dal 1925 al 1938, a seguito di un'accurata inchiesta epidemiologica diretta dal prof. Bertaccini, Direttore della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Bari, fu possibile reperire 97 casi di lebbra, 31 dei quali furono ricoverati in un reparto appositamente istituito nel 1927 presso l'Ospedale « Miulli » di Acquaviva delle Fonti, il primo del genere creato in Italia.

L'incidenza di tutti i casi (574) in rapporto all'intera popolazione (50 milioni di abitanti) è dello 0,01 per mille abitanti, mentre negli altri Paesi Europei, nei quali pure la lebbra è stazionaria, detto rapporto è:

Nazione	*Casi n.*	*Popolazione*	*Percentuale*
Spagna	4.098	30.000.000	0,14‰
Grecia	1.373	8.000.000	0,16‰
Malta	177	330.000	0,53‰
Portogallo	2.718	9.000.000	0,28‰
Turchia	25.000	28.000.000	0,89‰

Se rapportati al totale della popolazione, i casi di lebbra in Italia non rappresentano un problema di sanità pubblica. Tuttavia, in considerazione del fatto che un terzo dei casi è concentrato in pochi focolai, un problema di rilievo esiste per i Comuni nei quali tali focolai sono presenti.

I centri abitati nei quali la malattia è presente con un quoziente superiore all'1‰ sono una decina.

Alla data odierna in Italia sono conosciuti e registrati n. 574 casi, dei quali 234 ricoverati negli appositi reparti, diretti dai titolari delle Cliniche dermosifilopatiche delle Università di Bari, Messina, Genova e Cagliari, e n. 340 assistiti a domicilio, tutti esenti questi ultimi da manifestazioni contagiose in atto.

I casi esistenti, che sono da considerarsi per la maggior parte autoctoni, appartengono per il 92% alla forma lepromatosa, il che dimostra come la lebbra sia nella fase di estinzione.

L'aumento del numero dei casi registrati negli anni non è da attribuire ad una più grave incidenza della malattia, ma alla sempre più efficiente azione di reperimento dei malati.

Il fenomeno dell'occultamento dei casi era, infatti, molto frequente e ciò soprattutto per le conseguenze sociali derivanti dal riconoscimento di tale affezione.

Queste resistenze sono state superate sia con una efficiente opera di educazione sanitaria, sia con la istituzione del sussidio erogato a titolo di soccorso giornaliero a tutti i lebbrosi ricoverati, o dimessi, ed ai loro familiari.

Allo stato attuale è da ritenere che ben difficilmente nuovi casi di lebbra possano sfuggire alla osservazione ed è da presumere che il numero dei casi registrati sia destinato a diminuire in quanto i nuovi casi, che potrebbero verificarsi nei soggetti nei quali la malattia sia eventualmente in fase di incubazione, difficilmente potranno equilibrare la riduzione dovuta ai decessi degli infermi in atto.

Dai dati epidemiologici disponibili si osserva comunque che la lebbra in Italia è poco contagiosa e che i focolai, a carattere endemico - sporadico, sono 37. I Comuni colpiti sono quasi sempre gli stessi e la fonte del contagio è per lo più familiare e risalente all'epoca della prima infanzia.

Circa l'epoca e le circostanze in cui sarebbero comparsi i primi casi di lebbra nei singoli comuni si rileva che per alcuni centri l'origine si perde molto lontano, nei decenni o addirittura nei secoli.

Per altri, l'inizio dell'osservazione dei casi di lebbra è invece più recente, o molto recente, e non mancano degli esempi di sicura costituzione di un focolaio familiare endemico attorno ad un caso importato.

Fig. 17. - Colonia per hanseniani a Gioia del Colle (Bari).

Dall'esame dei dati si rileva inoltre la scarsa o nessuna influenza sull'endemia lebbrosa dei fattori climatici, orografici e meteorologici, presentando da tale punto di vista i paesi più colpiti, differenze abbastanza notevoli fra di loro, essendo posti alcuni sulla costa, altri in collina ed altri ancora in montagna.

Per contro, dagli stessi dati si constata che i comuni più colpiti, come si è già detto, sono sempre gli stessi e che la fonte di contagio, nel maggior numero dei casi, è da ricercarsi nell'ambito familiare, specie tra genitori e figli, tra zii e nipoti, mentre è del tutto eccezionale il contagio fra coniugi.

Infatti dal 1886 in poi, si è potuto accuratamente seguire in diversi paesi il succedersi dei casi ed è stato constatato che essi si verificano, di regola, nella stessa famiglia o in famiglie strettamente imparentate fra loro e con frequenti rapporti.

Per quanto concerne l'età in cui i malati sono stati in contatto con le presunte sorgenti di infezione, questa nella grande maggioranza dei casi risulta essere l'infanzia o la prima giovinezza, rara l'età adulta. I periodi della vita in cui iniziano le manifestazioni morbose, infatti, sono per il 20% l'infanzia o l'adolescenza, per il 50% la giovinezza e per il 30% l'età adulta.

Tenuto conto che l'incubazione della lebbra è lunga o lunghissima e che talvolta forme iniziali con scarsi sintomi passano inosservati agli stessi malati, si può dedurre che nella stragrande maggioranza dei casi il contagio è avvenuto nell'infanzia o nella fanciullezza, e generalmente in ambiente familiare, mentre al lume delle conoscenze attuali sembra da escludersi la trasmissione ereditaria.

I provvedimenti sui quali l'Amministrazione Sanitaria ha incentrato e svolge l'azione di profilassi della malattia sono i seguenti, per altro riaffermati in ripetute circolari:

— ricovero immediato, in base al R.D.L. 13 febbraio 1936, n. 353, dei malati in stato contagioso;

— assistenza a domicilio degli infermi esenti da manifestazioni contagiose in atto;

— controllo clinico e batteriologico mensile degli infermi a cura dell'ispettore dermosifilografo provinciale o dell'Ufficiale Sanitario;

— accurata visita sanitaria e controllo clinico e batteriologico, da effettuarsi almeno ogni trimestre, dei familiari e di coloro che hanno convissuto con un lebbroso, anche se quest'ultimo è poi deceduto od è stato ricoverato;

— allontanamento dei figli dei lebbrosi, dalla nascita, dal nucleo familiare;

— accoglimento dei figli dei lebbrosi fino al 12° anno di età in apposito preventorio che è entrato in funzione nel luglio 1964 ed attualmente accoglie 32 bambini;

— somministrazione gratuita dei più moderni medicinali antilebbrosi.

Circa quest'ultimo punto, si fa rilevare che, non esistendo in Italia preparati del genere, a richiesta del Ministero una ditta ha accettato di produrre e fornire a prezzo di costo un preparato a base di solfonazina, non in commercio.

Per quanto riguarda il risanamento delle località colpite, il Ministero ha sollecitato l'intervento delle Amministrazioni interessate ed ha anche erogato direttamente contributi a favore dei Comuni.

Per rimuovere poi gli ostacoli determinati dal fenomeno dell'occultamento dei casi, assai frequente per l'affezione morbosa in questione e dovuto alle cause sopraccennate, l'Amministrazione ha adottato alcuni provvedimenti e promosso iniziative a favore degli hanseniani.

Tabella n. 34.

Prospetto hanseniani al 1° gennaio 1968

N. d'ordine	Regioni colpite	Totale hanseniani
1	Calabria	157
2	Sicilia	78
3	Puglie	72
4	Liguria	54
5	Toscana	43
6	Sardegna	37
7	Campania	36
8	Piemonte	20
9	Lombardia	18
10	Lazio	15
11	Lucania	13
12	Veneto	12
13	Emilia	11
14	Abruzzi	7
15	Umbria	1

Tabella n. 35.

Prospetto hanseniani al 1° gennaio 1968

Luogo di cura	Posti-letto	Totale ricoverati	Disponibilità posti-letto
Colonia agricola per hanseniani: Gioia del Colle (Bari) . .	170	137	33
Ospedali Riuniti: Cagliari . .	18	15	3
Ospedale Civile « S. Martino »: Genova	59	48	11
Ospedali Civili Riuniti « Piemonte » e « Regina Margherita »: Messina	52	34	18
Totale . . .	299	234	65

Da tempo sono stati eliminati in tutti gli atti esterni i termini di « lebbra » e « lebbrosi », sostituendoli con quelli di « morbo di Hansen » e « hanseniani », ed impartite disposizioni circa il massimo segreto sul nome dei pazienti.

Al fine di evitare che i nomi degli hanseniani fossero conosciuti anche fuori dell'ambiente sanitario, vennero eliminate dal testo della legge 6 luglio 1962, n. 921, relativa alla concessione del sussidio giornaliero, le parole « in stato di bisogno », in considerazione che tale accertamento avrebbe comportato indagini da parte di organismi estranei alla Sanità.

Per lo stesso motivo, con la legge 27 giugno 1967, n. 533, sono state modificate le precedenti disposizioni nel senso che, per il ricovero a carico dello Stato, non è più necessario il requisito di « povertà » e quindi la produzione dei relativi certificati o gli accertamenti di ufficio. La medesima legge, poi, ha elevato la misura del sussidio a titolo di soccorso giornaliero portandolo a L. 700 per ciascun hanseniano ricoverato; a L. 1.500 per quelli assistiti a domicilio e a L. 700 per ciascun familiare a carico.

Con tali accorgimenti e con una propaganda sanitaria capillare è riuscito agevole convincere i malati ed i loro familiari che il ricovero negli appositi reparti di cura non rappresenta più uno stato di segregazione, ma un comune ricovero ospedaliero, indispensabile per beneficiare degli ultimi ritrovati della scienza medica.

In tal modo, il problema di eliminare il fenomeno dell'occultamento dei casi, che sul piano pratico è l'ostacolo più grave alla eradicazione della malattia, è avviato a soluzione.

Analoghe considerazioni possono esser fatte nei riguardi dell'azione già intrapresa ed avente per scopo l'allontanamento quanto più precoce possibile dei figli dei lebbrosi dall'ambiente familiare ed il loro accoglimento nello speciale preventorio istituito in Reggio Calabria. Tale iniziativa ha avuto più successo di quanto ci si potesse aspettare: dai 12 bambini che vi erano accolti alla fine del 1964 si è arrivati, alla data 1° gennaio 1968, a 32. Superate le inevitabili difficoltà iniziali, incontrate per convincere i genitori a dare il loro assenso, il numero dei bambini da accogliere è andato e va gradatamente aumentando.

Tuttavia, poichè la capacità recettiva del suddetto Istituto « Casa Norvegese » è già superata, l'Amministrazione sta esaminando la possibilità di procedere ad un suo ampliamento, ovvero alla costruzione o adattamento di un altro edificio, per giungere ad una disponibilità di 100 posti.

M) EPILESSIA

Con D.M. 15 novembre 1965 (*Gazzetta Ufficiale* n. 44 del 19 febbraio 1966) è stata inclusa l'epilessia tra le malattie cui si estendono i benefici del D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249.

Anche per questa forma morbosa è quindi ora possibile il finanziamento da parte del Ministero di « Centri » con funzioni dispensariali e di « Colonie permanenti per bambini ammalati o predisposti », senza pregiudizio delle disposizioni che determinano la competenza passiva delle spese di ricovero.

L'aspettativa di più validi provvedimenti — ed in particolare quella della riforma psichiatrica — ha affievolito l'interesse per questi modesti incentivi, i quali non hanno trovato ancora pratica applicazione.

III. - SERVIZI DI RIABILITAZIONE

A) RIEDUCAZIONE E RECUPERO MINORATI

Fino al 1966 l'intervento del Ministero della Sanità nel settore della rieducazione e del recupero dei minorati fisici era limitato all'assistenza dei poliomielitici (legge 10 giugno 1940, n. 932), dei lussati congeniti dell'anca e degli infermi affetti da paralisi cerebrali infantili (discinetici) (legge 10 aprile 1954, n. 218).

Con la legge 6 agosto 1966, n. 625, è stata posta a carico del Ministero della Sanità anche l'assistenza sanitaria specifica diretta al recupero funzionale ed alla riabilitazione di tutti i motulesi e neurolesi in stato di bisogno.

1. - Lussati congeniti dell'anca.

Dal 1954 al 1966 sono stati assistiti n. 19.911 lussati congeniti dell'anca, di cui 13.415 sono stati curati con più periodi di ricovero, 4800 con trattamento ambulatoriale e 1696 sia con trattamento ambulatoriale che con più periodi di ricovero.

In totale in favore dei 19.911 lussati assistiti si sono avuti n. 48.779 interventi assistenziali con onere a carico del Ministero, per una spesa complessiva di L. 2.686.921.339 ed una incidenza di circa 135.000 lire per ciascun lussato.

Nell'assistenza ai lussati congeniti dell'anca si è insistito nel raccomandare la necessità del trattamento precoce delle displasie dell'anca, essendo ormai acquisito che i risultati della cura sono molto più soddisfacenti fino ad avere guarigioni complete, senza recidive e senza esiti invalidanti, nel 90-95 per cento dei casi, quando essa viene iniziata nei primi mesi di vita, prima cioè che il bambino assuma la posizione eretta ed inizi la deambulazione.

Infatti, dopo la emanazione della circolare n. 116 del 30 luglio 1963, a seguito della quale i Medici Provinciali, in collaborazione con le Federazioni provinciali dell'O.N.M.I. ed altri Enti locali, hanno indetto conferenze con dimostrazioni pratiche e proiezioni di filmati, nell'ultimo triennio (1964-1966) si è avuto un sensibile anticipo dell'epoca di inizio del trattamento.

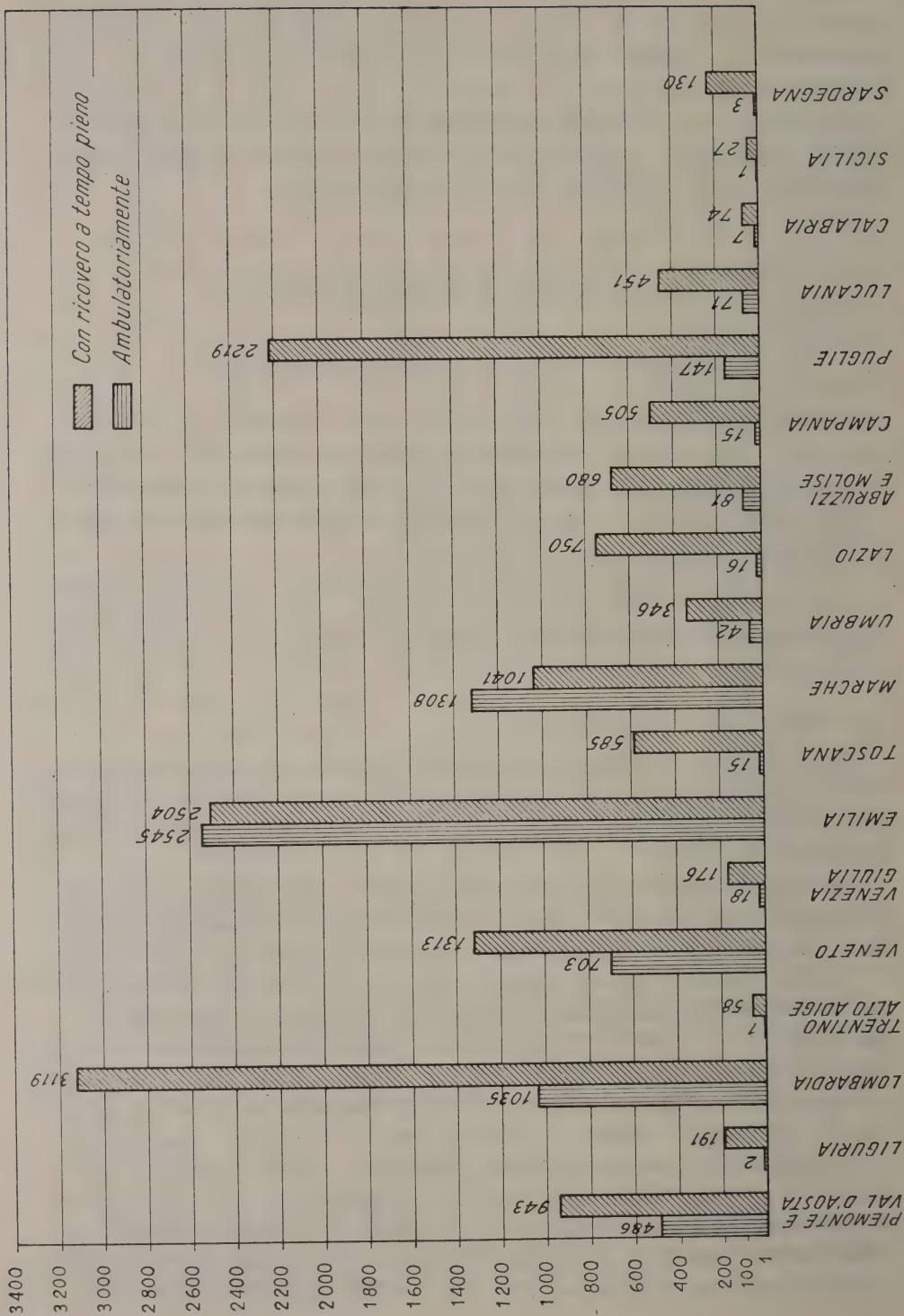



Grafico 12. - Lussati congeniti dell'anca assistiti dal 1954 al 1966 distinti per regioni.

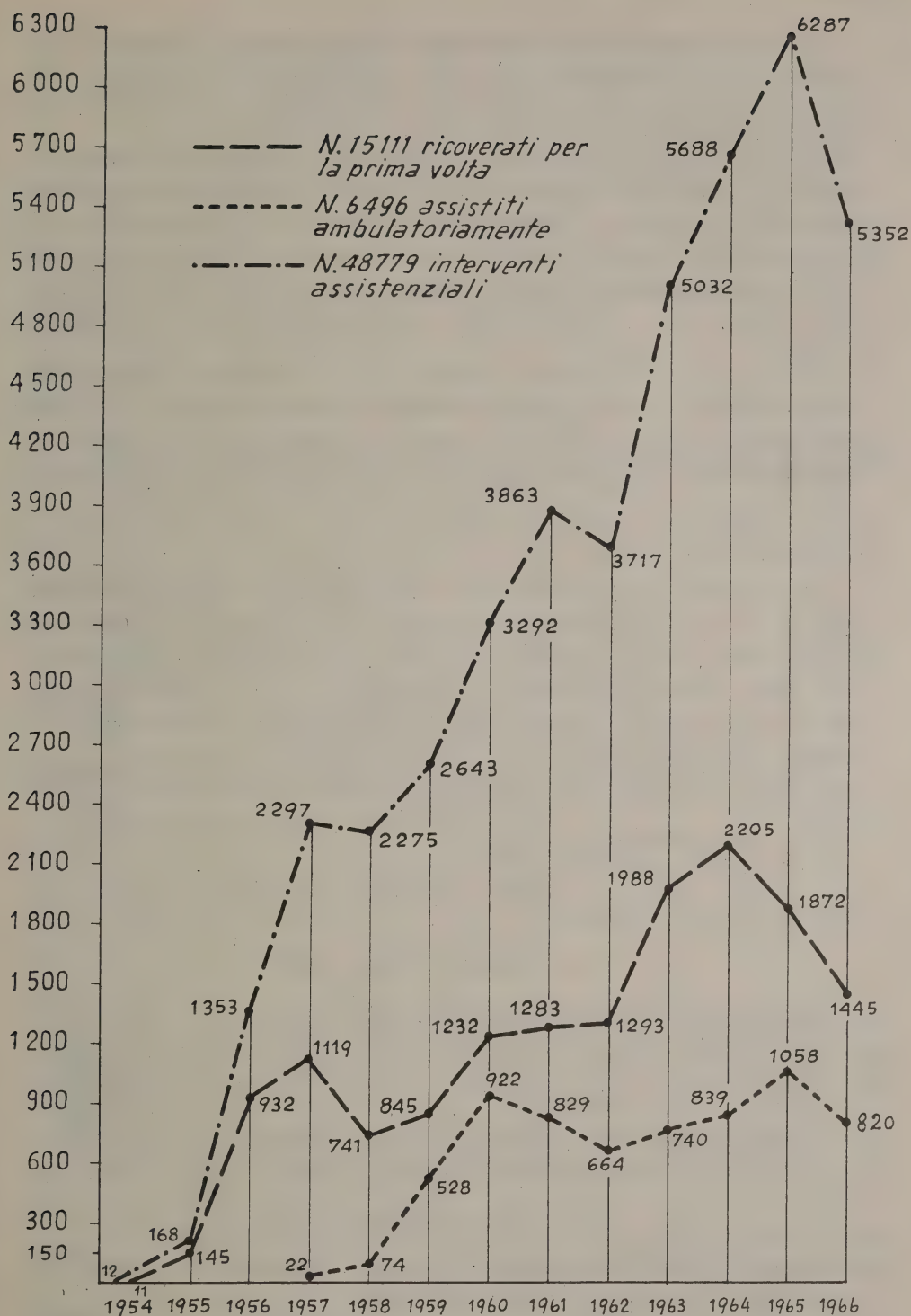



Grafico 13. - Lussati congeniti dell'anca assistiti dal 1954 al 1966.

In alcune regioni (Emilia, Marche) dove la propaganda è stata più attiva, circa il 70 - 80% dei bambini sono stati trattati prima del compimento del primo anno di vita e l'assistenza è andata trasformandosi da ospedaliera ad ambulatoriale anche con notevole vantaggio economico.

Nel 1966 è stato concesso un contributo di L. 5.500.000 all'Istituto Provinciale per l'Infanzia di Ferrara per completare le attrezzature di un Centro diagnostico e profilattico - correttivo della lussazione congenita dell'anca ed una borsa di studio di L. 640.000 al prof. Ravaglia dell'Ospedale dei Bambini di Ancona (Marche) che si è recato negli Stati Uniti d'America per uno studio inerente al « dépistage » e alla profilassi della lussazione congenita dell'anca.

Nel *grafico n. 12* vengono riportati i casi di lussazione congenita dell'anca assistiti dal 1954 al 1966 sia con ricovero a tempo pieno che con trattamento ambulatoriale, suddivisi per regioni; nel *grafico n. 13* gli stessi sono suddivisi per anno ed è inoltre riportato il totale degli interventi assistenziali.

2. - Discinetici.

Nel triennio 1965 - 1967 nel settore dell'assistenza ai discinetici, in attuazione di un piano programmatico nel quale è stato previsto un Centro residenziale ogni 2.000.000 di abitanti ed uno a seminternato ed ambulatoriale ogni 300.000 abitanti, distribuiti razionalmente in tutto il territorio nazionale, sono stati istituiti 27 nuovi Centri di rieducazione motoria portando il numero complessivo degli stessi ad 80 in tutta Italia.

Si elencano i nuovi Centri istituiti con le indicazioni del tipo di assistenza elargito:

— ambulatoriale: A;
— residenziale: R;
— degenza diurna: DD.

Centri istituiti nell'anno 1965

Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Brescia:	A
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Monfalcone:	A - DD
Assipolio « Nido Verde Lida Cini » . . .	Roma:	A - DD
Scuola speciale « Anni verdi »	Roma:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Salerno:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Verona:	A - DD

Centri istituiti nell'anno 1966

Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Arezzo:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'Amministrazione comunale	Bologna:	A - DD

Centro di educazione motoria dell'Amministrazione provinciale	Ferrara:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'Amministrazione provinciale	Forlì:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	La Spezia:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Lucca:	A - DD
Centro di educazione motoria « Villaggio S. Camillo »	Sassari:	R - A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Siracusa:	A - DD
Centro di educazione motoria « San Giuseppe » dell'Opera Don Guanella . .	Roma:	R

Centri istituiti nell'anno 1967

Centro di educazione motoria della C.R.I.	Pozzuoli - Napoli:	R - A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Livorno:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Reggio Calabria:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Taranto:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'Amministrazione provinciale	Terni:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Trieste:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Parma:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Bolzano:	A
Centro di educazione motoria dell'Amministrazione provinciale	Modena:	A
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Camini (R.C.):	A - DD
Centro di educazione motoria dell'A.I.A.S.	Monte Antenne - Roma:	A - DD
Centro di educazione motoria dell'Amministrazione provinciale di Forlì . . .	Rimini:	A - DD

Come si rileva, tutti i nuovi Centri, ad eccezione di tre, sono a seminternato ed ambulatoriali. Ciò in quanto, visti i risultati ottenuti nel triennio precedente, si è ritenuto opportuno proseguire nello sviluppare sempre più l'assistenza diurna.

E' superfluo rappresentare i vantaggi dei servizi a seminternato se si considera che vengono assistiti soggetti in età evolutiva, spesso dai primi mesi di vita alla adolescenza.

Nel 1967 il Centro di rieducazione motoria per discinetici annesso alla Cattedra di neuropsichiatria infantile dell'Università di Roma si è trasferito dai locali di viale del Policlinico nei locali dell'Istituto di neuropsichiatria infantile in via dei Sabelli completamente rinnovati ed attrezzati secondo le

più moderne acquisizioni scientifiche nel settore della rieducazione dei discinetici *(figure 18* e *19).*

Per tale realizzazione sono stati concessi dal Ministero nel 1965 i seguenti contributi:

— L. 30.000.000 per acquisto attrezzature ed impianti tecnici attinenti alla profilassi e cura delle affezioni neuro - psichiche dell'età infantile;

— L. 16.000.000 per acquisto attrezzature.

Tra le nuove istituzioni del 1967 è da segnalare inoltre il Centro di Monte Antenne in Roma, ultimo in ordine di tempo, che è sorto per iniziativa dell'Associazione Italiana Assistenza Spastici nella immediata periferia della città, nel bosco di Monte Antenne, in padiglioni prefabbricati messi a disposizione dal Comune.

Il Centro accoglie circa 80 bambini da 1 a 6 anni, in degenza diurna ed ambulatoriale semplice *(figg. 20, 21, 22* e *23).*

Dal 10 aprile 1954, data di entrata in vigore della legge n. 218, sono state trattate, a tutto il 1967, n. 18.783 richieste di assistenza (*grafico n. 14*).

Nel triennio 1965 - 1967 le richieste sono state n. 6089 di cui 1834 per il 1965, 2174 per il 1966 e 2081 per il 1967.

Nel 1965 sono stati assistiti, con ricovero a tempo pieno, n. 3580 infermi, con degenza diurna n. 1100 e con trattamento ambulatoriale n. 1910.

Nel 1966 sono stati assistiti con ricovero a tempo pieno n. 3720 infermi, con degenza diurna n. 1080 e con trattamento ambulatoriale n. 3260.

Nel 1967 sono stati assistiti, con ricovero a tempo pieno, n. 3560 infermi, con degenza diurna, n. 4400 e con trattamento ambulatoriale semplice, numero 2730 (*grafico n. 15*).

Dal 1965 al 1967 sono state spese dal Ministero, per le diverse forme di assistenza, L. 6.000.000.000 circa e sono stati erogati, per il funzionamento dei Centri e per l'acquisto di attrezzature, contributi per l'importo complessivo di L. 132.000.000.

3. - Invalidi civili motulesi e neurolesi.

Con la promulgazione della legge 6 agosto 1966, n. 625 — Provvidenze a favore dei mutilati ed invalidi civili — il problema connesso all'assistenza di tale categoria di cittadini è stato per la prima volta affrontato ed inquadrato in maniera organica e globale nei suoi aspetti sanitari e sociali.

La legge di che trattasi, infatti, ha esteso le provvidenze di assistenza sanitaria specifica — precedentemente erogate solo a particolari gruppi (poliomielitici, lussati d'anca, discinetici) — a tutti i mutilati ed invalidi civili appartenenti alle categorie dei motulesi e dei neurolesi, ed inoltre ha previsto la concessione di altre provvidenze di particolare importanza e significato sociale, quali la qualificazione e la riqualificazione professionale, integrando

Fig. 18. - Istituto di neuropsichiatria infantile di Roma: sala di terapia occupazionale.

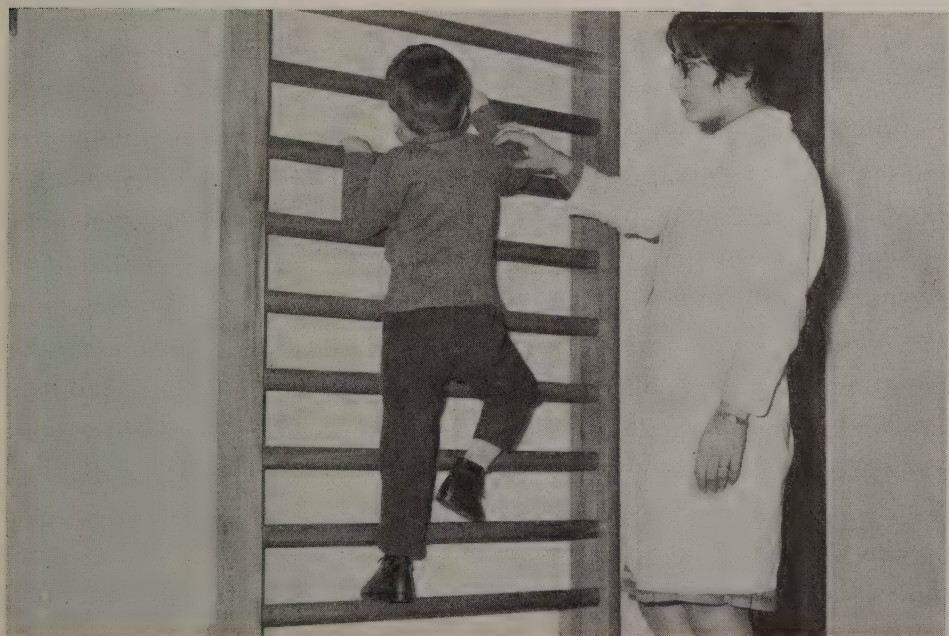



Fig. 19. - Istituto di neuropsichiatria infantile di Roma: esercizi alla spalliera.

Fig. 20. - A.I.A.S. - Roma - Centro di Monte Antenne:
visione d'insieme.

Fig. 21. - A.I.A.S. - Roma - Centro di Monte Antenne:
aula scolastica.

Fig. 22. - A.I.A.S. - Roma - Centro di Monte Antenne: sala di terapia occupazionale.

Fig. 23. - A.I.A.S. - Roma - Centro di Monte Antenne: esercizi alle parallele con scarpe ad aria.

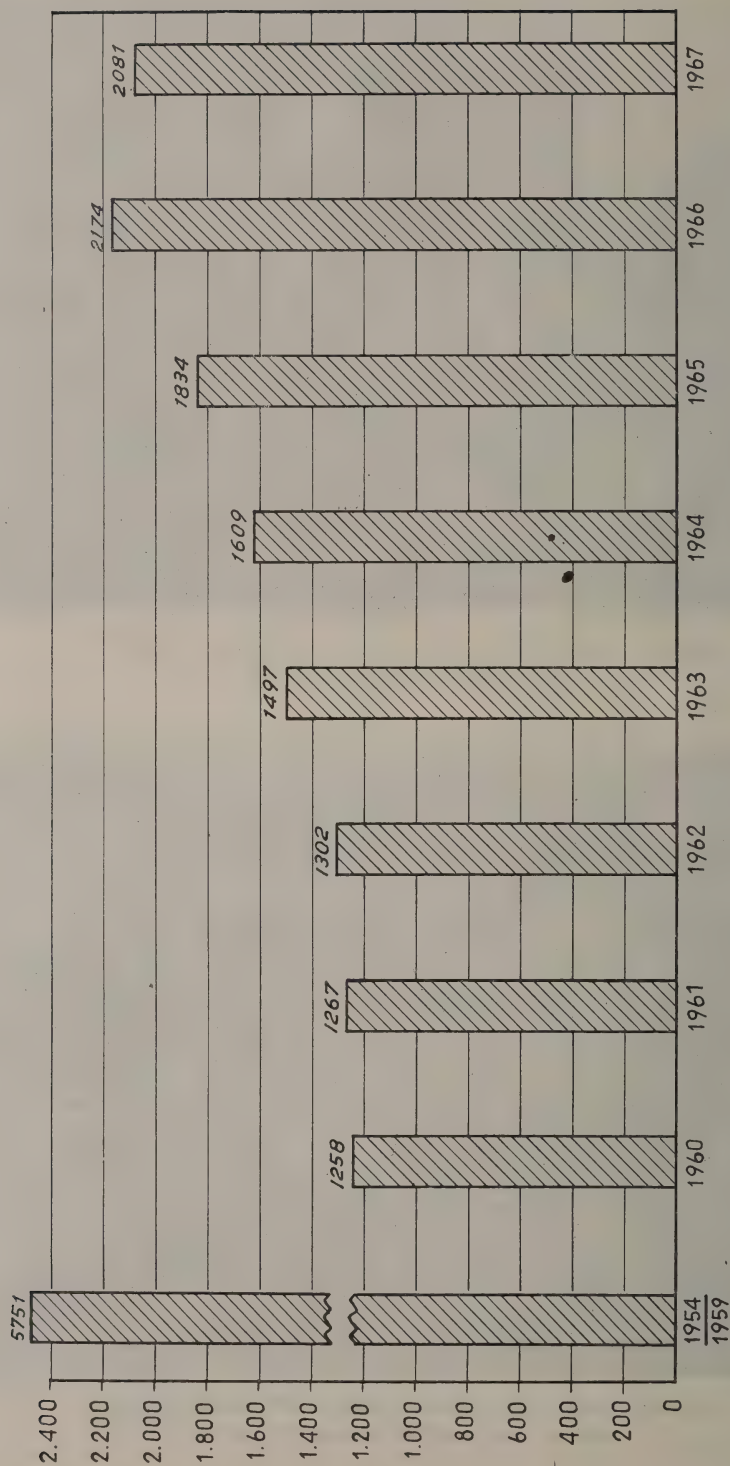



Grafico 14. - Discinetici: nuove richieste evase negli anni 1954 - 1967.

Discinetici:
N. assistiti con ricovero a tempo pieno
N. assistiti ambulatoriamente
N. assistiti a degenza diurna
ANNI
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967

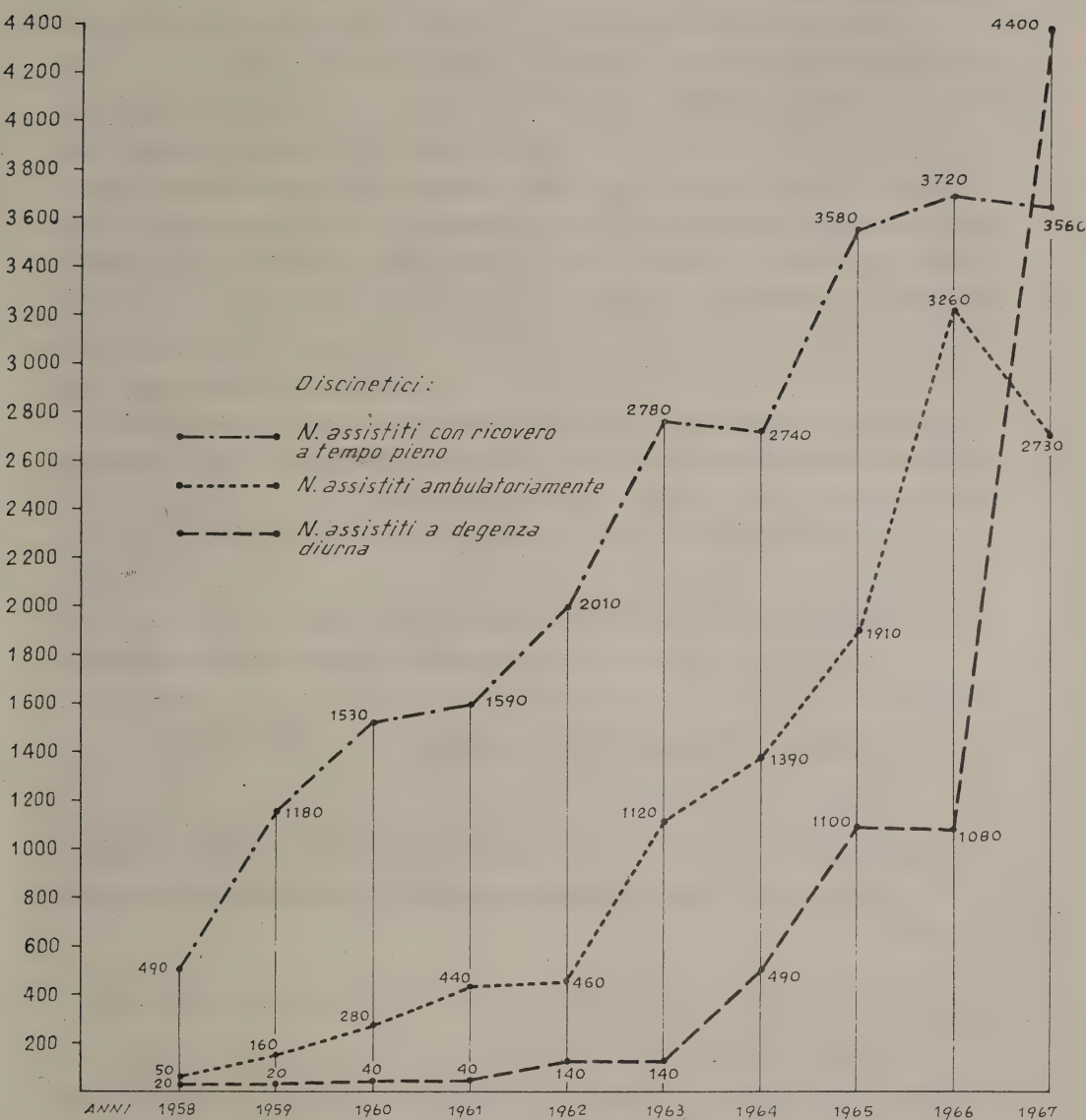



Grafico 15.

la precedente legge 5 ottobre 1962, n. 1539, al fine di favorire al massimo il reinserimento nella vita produttiva del Paese di tali categorie; ha previsto infine la erogazione di un assegno mensile per i casi di totale e permanente inabilità lavorativa.

L'accertamento dei diversi gradi di invalidità lavorativa viene effettuato da apposite Commissioni Sanitarie Provinciali in prima istanza e da Commissioni Sanitarie Regionali in seconda istanza.

L'attuazione delle provvidenze previste dalla legge ha richiesto da parte degli Uffici centrali del Ministero della Sanità e degli Uffici dei Medici Provinciali un delicato e complesso lavoro. Basterà qui far cenno che si è provveduto ad apportare con la legge 21 giugno 1967, n. 497 una modifica alla citata legge n. 625 al fine di snellire la procedura prevista per la composizione delle Commissioni Sanitarie Provinciali per l'accertamento delle invalidità lavorative; che è in corso di studio un'ulteriore proposta di modifica alla primitiva legge, al fine di poter disporre di apposito capitolo di bilancio per contributi ai Centri di recupero e per borse di studio; e che infine, per l'organizzazione nei dettagli del programma assistenziale e per chiarire alcuni dubbi interpretativi sorti nell'applicazione di alcune norme contenute nella legge, sono state emanate numerose circolari.

Il lavoro svolto a tutto il 31 dicembre 1967, può essere riassunto nelle seguenti cifre:

1) Commissioni Sanitarie Provinciali funzionanti: *n. 216.*

2) Commissioni Sanitarie Provinciali sussidiarie in corso di istituzione: *n. 119.*

3) Domande presentate alle Commissioni: *n. 379.651.*

4) Domande esaminate: *n. 180.082.*

5) Percentuale delle domande esaminate su quelle presentate: *47,43%.*

6) Richieste di assistenza sanitaria specifica presentate al Ministero della Sanità: *n. 3120.*

Ad analisi ed a breve commento delle cifre presentate, sembra opportuno esporre alcune considerazioni.

A seguito dell'entrata in vigore della legge 6 agosto 1966, n. 625, si è verificata una massiccia affluenza agli Uffici dei Medici Provinciali di domande tendenti ad ottenere il riconoscimento dell'invalidità da parte delle apposite Commissioni Sanitarie Provinciali. Queste però — per la complessa procedura prevista per le nomine e le sostituzioni dei loro componenti designati dai vari Enti, nonchè per le reali difficoltà in talune province di reperire l'idoneo personale medico — non hanno sempre potuto iniziare e continuare a mantenere un ritmo di lavoro proporzionato alle domande presentate.

Il Ministero della Sanità non ha mancato di seguire con vigile e costante attenzione tale situazione, sia sollecitando di volta in volta le Prefetture, gli Uffici dei Medici Provinciali ed i vari Enti, sia impartendo opportune istruzioni volte a chiarire dubbi interpretativi ed a semplificare — ove possibile — le norme procedurali.

Alla fine del dicembre 1967 la situazione si è avviata ad una sia pur lenta normalizzazione, che è prevedibile si possa raggiungere verso la fine del 1968 se potranno entrare in funzione entro i primi mesi dello stesso anno tutte le Commissioni in via di formazione.

Nella prima fase di applicazione della legge n. 625 è stato ritenuto opportuno lasciare all'Amministrazione centrale il compito di provvedere direttamente alla assistenza sanitaria specifica in tutte le sue forme in favore dei mutilati ed invalidi civili fino all'età di 15 anni; mentre per i soggetti di età superiore sono state decentrate agli Uffici dei Medici Provinciali le provvidenze assistenziali relative alle forniture protesiche ed agli interventi chirurgico - ortopedici correttivi.

Nella ristrutturazione del servizio relativo alla assistenza ai mutilati e agli invalidi civili il Ministero è orientato a decentrarne nel futuro le competenze agli Uffici dei Medici Provinciali.

Un altro problema che si è dovuto affrontare è stato quello della scarsezza di Centri di rieducazione idonei ad assicurare l'assistenza per tutte le categorie di motulesioni e neurolesioni. Finora si è ricorso agli Istituti preesistenti, per poliomielitici e per spastici, oltre che alle Cliniche neurologiche ed ortopediche universitarie, ove del caso.

La questione è stata attentamente esaminata dal Ministero della Sanità, che ha in programma di incentivare l'istituzione di nuovi Centri specializzati, fissandone i requisiti minimi per quanto riguarda i locali, il personale e le attrezzature, preparando idonei schemi di convenzione applicabile agli Istituti ed infine studiando la possibilità, come precedentemente riferito, di apportare modifiche alla legge per consentire la concessione di contributi agli Istituti e borse di studio al personale paramedico.

SERVIZI VETERINARI

I. - PREMESSA

Nel triennio in esame l'attività dei Servizi Veterinari, pur essendo già estremamente sviluppata in relazione alle sempre crescenti esigenze sanitarie e zooeconomiche del Paese, ha conosciuto un incremento notevolissimo. L'entrata in vigore di nuove moderne disposizioni legislative, lo sviluppo delle iniziative di carattere preventivo, il massiccio movimento di importazione di animali e prodotti animali, la situazione di emergenza determinata dalla comparsa della peste suina africana, lo sviluppo dell'industria mangimistica, l'allargarsi dei problemi veterinari in seno alla C.E.E. e l'entrata in vigore delle prime direttive sono i principali fattori che hanno determinato tale incremento.

I relativi dati che qui di seguito si espongono sono suddivisi in capitoli che solo in parte corrispondono all'articolazione delle divisioni della Direzione Generale, essendo intervenuta nel marzo 1967 una modifica della sua struttura.

II. - RAPPORTI INTERNAZIONALI

Come già accennato, l'attività di carattere veterinario in seno alla Comunità Economica Europea si è notevolmente ampliata. Gruppi e sottogruppi di lavoro, comitati di esperti, commissioni hanno affrontato i seguenti argomenti:

— scambi intracomunitari di carni fresche di volatili da cortile;
— scambi intracomunitari di prodotti a base di carne;
— importazione di animali vivi e di carni fresche dai Paesi Terzi;
— scambi intracomunitari di latte e prodotti del latte;
— scambi intracomunitari di carni fresche in pezzi;
— scambi intracomunitari di budella naturali;
— transiti di animali e di carni;
— provvedimenti generali di polizia veterinaria;
— lotta contro la peste suina africana e l'afta da virus esotici;
— mangimi semplici degli animali;
— commercio degli alimenti per animali;
— additivi negli alimenti per animali;

— cereali trattati con insetticidi e anticrittogamici (in funzione della alimentazione degli animali);

— legislazione zootecnica;

— diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi per le attività non salariate dei veterinari e per le attività non salariate nelle cliniche e nei centri di cura per animali;

— argomenti diversi inerenti alla Commissione Scientifica Veterinaria;

— politica veterinaria comune;

— istituzione di Comitati permanenti relativi a settori di interesse veterinario.

Ai lavori relativi hanno partecipato esperti della Direzione Generale dei Servizi Veterinari, che hanno pure partecipato — quando necessario — alle riunioni del Consiglio dei Ministri dell'Agricoltura della C.E.E. e del Comitato dei Rappresentanti Permanenti. Numerose sono state le riunioni a livello ministeriale o interministeriale, con o senza partecipazione di specialisti e di rappresentanti delle categorie interessate, destinate a chiarire preventivamente i vari problemi ed a concordare l'atteggiamento da prendere in sede comunitaria.

Sul piano applicativo sono divenute operanti le due direttive riguardanti gli scambi intracomunitari di animali bovini e suini e di carni fresche, nonché le due direttive riguardanti le perizie relative a tali scambi ed al riconoscimento dei macelli. Esse sono state recepite nell'ordinamento nazionale prima provvisoriamente e parzialmente con l'O.M. 1° giugno 1965 e con le circolari n. 103 del 26 giugno 1965, n. 104 del 28 giugno 1965 e n. 107 del 1° luglio 1965, quindi definitivamente ed in maniera completa con il D.P.R. 30 dicembre 1965, n. 1701, emesso su delega del Parlamento conferita con legge 13 luglio 1965, n. 871. Successivamente sono divenute operanti altre due direttive, che modificano le due direttive « animali vivi » e « carni »: esse sono state recepite con D. L. 11 settembre 1967, n. 797, convertito in legge 10 novembre 1967, n. 1009.

La notevole quantità degli argomenti di interesse veterinario trattati in seno alla C.E.E. rende sempre più difficile la loro trattazione da parte degli uffici centrali della Direzione Generale senza la presenza continua a Bruxelles di un esperto veterinario. E' stata pertanto avviata la trattativa necessaria a poter distaccare presso la Rappresentanza Permanente Italiana un funzionario veterinario, al precipuo scopo di seguire i lavori e fornire con immediatezza notizie e documenti e nel medesimo tempo di chiarire alla Rappresentanza stessa il punto di vista dell'Amministrazione Sanitaria sulle singole questioni.

Merita poi essere sottolineata la complessa azione svolta per ottenere dalla Comunità una forma di concreto appoggio per la lotta contro la peste suina

africana: azione che ha raggiunto il suo effetto con la concessione di un contributo pari a 4 milioni di unità di conto (circa 2 miliardi e mezzo di lire), che sarà erogato non appena perfezionate le relative procedure.

* * *

Sempre per ciò che concerne gli organismi internazionali va ricordata la partecipazione ai lavori dei Comitati di esperti dell'O.C.S.E. che hanno trattato i seguenti argomenti:

— regolamenti sanitari nel commercio internazionale degli animali da macello e delle carni;

— coordinamento del Codice O.C.S.E. con le norme della C.E.E.

A livello dell'E.C.E. (Commissione Economica Europea dell'O.N.U.), sempre con la partecipazione degli esperti della Direzione Generale dei Servizi Veterinari, sono stati affrontati i seguenti argomenti:

— trasporto delle derrate deperibili;

— facilitazione dei controlli fitosanitari e veterinari alla frontiera.

Infine in seno al Consiglio d'Europa sono stati seguiti i lavori del comitato di esperti che ha trattato i problemi relativi ai trasporti internazionali degli animali.

* * *

L'Office International des Epizooties, come è noto, rappresenta il massimo organo della sanità veterinaria a livello mondiale. L'Italia, uno dei Paesi fondatori, ha sempre dato un altissimo contributo di partecipazione alla sua attività. Oltre ai normali scambi di notizie, informazioni e pareri, è stata particolarmente curata la partecipazione alle seguenti riunioni internazionali:

— XXXIII, XXXIV e XXXV Sessione Generale;

— III Conferenza della Commissione Permanente per l'Europa;

— III Simposio della Commissione Permanente per le malattie dei pesci;

— Riunione di informazione e consultazione sulla rabbia nell'Europa nord-occidentale;

— Riunione di informazione e consultazione sulla peste suina africana in Europa;

— Conferenza degli specialisti sulle brucellosi animali e sulla tubercolosi bovina.

Attualmente è in corso un approfondito esame del progetto di Regolamento zoosanitario internazionale che — sia pure in maniera non vinco-

lante per i singoli Paesi — dovrà dettare le norme zooprofilattiche su tutte le malattie diffusive degli animali considerate secondo una prospettiva mondiale. Si sta anche conducendo una serrata azione volta alla sempre maggiore incisività e funzionalità di questo importantissimo organismo.

* * *

Anche in seno alla F.A.O. numerosissime sono le attività che richiedono una partecipazione diretta dei tecnici della Direzione Generale. Limitandosi anche in questo caso ad una semplice elencazione sono da ricordare le seguenti manifestazioni:

— XII, XIII e XIV Sessione della Commissione Europa per l'afta epizootica;

— XIII e XIV Conferenza Mondiale della F.A.O.;

— VIII Sessione del Consiglio Generale per la pesca per il Mediterraneo;

— Riunione congiunta F.A.O.-O.M.S. sull'insegnamento veterinario;

— Conferenza F.A.O.-O.I.E. sulle malattie degli ovini;

— Riunione del Consiglio Direttivo del Centro F.A.O.-O.M.S. per lo studio delle brucellosi.

* * *

L'imponente quantità di animali, carni e prodotti animali che annualmente vengono importati in Italia rende poi necessario un continuo lavoro di contatto e trattativa con i Paesi esportatori, il cui novero va continuamente allargandosi non solo per le necessità alimentari del Paese ma anche in vista dell'interscambio con prodotti industriali nazionali. Le trattative si concretizzano in accordi parziali o convenzioni bilaterali che prendono forma a livello tecnico o diplomatico o politico. I Paesi interessati nel triennio in esame sono stati i seguenti:

Africa del Sud-Ovest *
Australia
Austria
Bechuanaland
Belgio
Brasile
Bulgaria
Canada
Cecoslovacchia
Cina continentale
Cuba
Danimarca
Finlandia
Francia
Germania Orientale
Irlanda

* Cessata l'importazione per la legge sull'embargo.

Jugoslavia	Romania
Messico	Svezia
Nuova Zelanda	Turchia
Polonia	Ungheria
Rhodesia	

Per alcuni di tali paesi gli accordi raggiunti sono ora oggetto di riesame soprattutto per uniformare le condizioni offerte a quelle richieste dalla C.E.E. Trattative non concluse riguardano Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svizzera. Ovviamente la trattativa richiede la presenza sul posto di delegazioni al fine di constatare le condizioni del Paese interessato e le garanzie ad esso offerte: ciò presuppone la soluzione di complessi problemi organizzativi sempre pervenuti a soddisfacente conclusione.

III. - AFFARI GENERALI

L'organizzazione del servizio veterinario nelle sue diramazioni periferiche a livello degli Enti locali è stata oggetto di studio particolare, che ha richiesto e richiederà ancora contatti sostanziali con la Federazione degli Ordini Veterinari e le Organizzazioni rappresentative delle diverse categorie di medici-veterinari. Ciò è reso necessario dall'avvio degli studi sulla riforma sanitaria di base, riforma che dovrà certamente riguardare anche tale servizio considerato sia nella sua dimensione strettamente sanitaria sia in quella più propriamente zooeconomica.

I problemi dell'approfondimento delle conoscenze professionali e scientifiche dei veterinari è stato attentamente seguito: i Convegni della Società Italiana delle Scienze Veterinarie e dei Veterinari igienisti sono stati direttamente seguiti ed ove possibile appoggiati finanziariamente secondo le disponibilità del bilancio. Egualmente dicasi per i numerosissimi corsi di specializzazione, perfezionamento o aggiornamento realizzati a livello provinciale. E' stata pure avviata la riorganizzazione del servizio bibliografico ed informativo tecnico sia negli uffici centrali che in quelli periferici.

Da segnalare infine la partecipazione ufficiale dei Servizi Veterinari alla XLIX Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze.

IV. - ATTIVITA' AMMINISTRATIVA

In tale campo la Direzione generale dei servizi veterinari è stata impegnata nell'esame dei problemi e questioni amministrative connesse al settore veterinario.

In particolare ha provveduto alla trattazione delle pratiche riguardanti i seguenti argomenti:

— esame dei regolamenti sanitari comunali per la parte concernente i servizi d'igiene, profilassi, vigilanza e ispezione veterinaria;

— esame delle questioni sottoposte al Consiglio di Stato per la richiesta del prescritto parere;

— esame dei quesiti rivolti alla Direzione generale interessanti aspetti giuridico-amministrativi nei molteplici settori in materia dei servizi veterinari;

— esami di atti parlamentari e predisposizione di schemi di provvedimenti legislativi;

— esame di ricorsi amministrativi;

— esame dei problemi interessanti la situazione nelle varie province dei servizi veterinari comunali.

Ha inoltre provveduto alla previsione di bilancio, accertamenti ed impegni di spesa sui capitoli assegnati per le necessità dei servizi veterinari, con i seguenti provvedimenti:

— piano preliminare per le richieste degli stanziamenti;

— esame documentazione relativa alla distribuzione gratuita e semigratuita di prodotti biologici agli allevatori;

— esame documentazione relativa agli accertamenti diagnostici eseguiti in base all'art. 67 del regolamento di polizia veterinaria;

— esame documentazione relativa a studi e ricerche promossi nell'interesse dei servizi veterinari;

— esame di documentazione relativa a richieste di contributo per attrezzature tecniche ed impianti di enti scientifici vari;

— esame di documentazione relativa a richieste di contributi per integrare i servizi di profilassi contro le malattie infettive e diffusive degli animali;

— esame di documentazione relativa a richieste di contributi per l'impostazione e l'attuazione di piani organici di risanamento del patrimonio zootecnico;

— esame di documentazione relativa a richieste di contributi per corsi di aggiornamento, convegni, congressi e mostre a carattere veterinario;

— esame di documentazione relativa a richieste di contributi a tutela della sanità pubblica per la vigilanza sanitaria sulle carni e sugli altri prodotti alimentari di origine animale;

— esame di documentazione relativa a richieste di contributo per con-

dotte veterinarie disagiate e per il potenziamento dei servizi veterinari comunali;

— esame richieste di accreditamenti vari per il funzionamento degli uffici veterinari di confine, porto ed aeroporto e per indennità abbattimento degli animali;

— esame pratiche relative al conferimento di incarichi di personale veterinario presso gli uffici di porto, aeroporto e confine;

— esame pratiche relative all'attuazione di piani di profilassi per il risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina e dalla brucellosi (legge 9 giugno 1964, n. 615);

— elaborazione decreti ministeriali e mod. E (SM) — L (SM) relativi alle spese decise sulla conclusione degli esami sopraddetti.

La suddetta attività ha comportato continui contatti con i competenti organi di controllo nonché con gli Uffici veterinari provinciali al fine di coordinare l'attività di ragioneria in periferia e di controllare la veridicità dei rendiconti amministrativi prodotti trimestralmente dagli Uffici periferici.

Inoltre, si sono fatte controdeduzioni ai rilievi ed osservazioni formulati dalla Ragioneria centrale e dalla Corte dei conti nonché si è provveduto alla compilazione di specchi mensili per la liquidazione dei compensi derivanti dal lavoro straordinario svolto dal personale dipendente.

In termini finanziari, sulla base delle attività menzionate, si riportano le somme erogate nel triennio per l'interesse dei servizi veterinari:

Anno finanziario 1965	L.	1.948.820.231
Anno finanziario 1966	»	2.607.768.345
Anno finanziario 1967	»	10.401.453.599.

V. - POLIZIA VETERINARIA E PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

1. - Afta epizootica.

Nei riguardi dell'afta epizootica i servizi veterinari di Stato hanno sempre valutato con particolare attenzione la situazione applicando, di volta in volta, opportune misure intese a contenere la diffusione della malattia e ad impedirne la introduzione da altri paesi con la importazione di animali e loro prodotti.

E' noto, infatti, come la presenza nel territorio nazionale di tale virosi abbia prodotto rilevanti danni all'economia zootecnica, danni determinati non solo dalla mortalità, che l'infezione stessa a volte provoca, ma soprattutto

dalla compromissione della produttività, nonché dalle restrizioni imposte al movimento degli animali e dei loro prodotti, sia di quelli esistenti all'interno del paese, sia nell'ambito degli scambi commerciali con l'estero.

E' stato rilevato che le normali misure di polizia veterinaria ed i soli interventi vaccinali obbligatori sul bestiame in monticazione e su quello esistente intorno ai focolai infettivi, per un raggio di 1 Km., non sono sufficienti a far fronte a particolari situazioni epizoologiche e non possono rappresentare un efficace metodo di lotta inteso ad eradicare totalmente la malattia dal nostro Paese.

Pertanto, il Ministero della sanità ha provveduto a predisporre un intervento vaccinale di massa da effettuarsi a cicli annuali, con un programma di inizio nel periodo autunnale, prima della recrudescenza stagionale della malattia, in modo da avere resistenti gli animali nel periodo critico.

Il primo ciclo di vaccinazione ebbe inizio il 1° ottobre 1964 nel territorio di 14 province della Valle padana, nelle quali nei 5 anni precedenti il numero dei focolai rappresentava il 37,55% del totale di quelli manifestatisi in Italia.

Furono sottoposti al trattamento immunizzante, con vaccino trivalente distribuito a titolo semi-gratuito, bovini n. 2.488.504. A completamento di tale primo intervento, nella primavera del 1965 furono vaccinati ulteriormente 118.937 bovini che, pur appartenendo agli allevamenti trattati nell'autunno precedente, ne erano stati esclusi per particolari contingenze, quali la giovane età o precedenti stati immunitari.

L'analisi dei dati dimostrò la validità dell'azione profilattica intrapresa, tanto che la malattia cominciò a presentare una notevole diminuzione del numero dei focolai che nel 1965 furono 5.842 contro i 12.364 insorti nel 1964.

A seguito di detti risultati anche nel 1965 l'Amministrazione sanitaria decise di ripetere la campagna di vaccinazione obbligatoria, allargando la zona degli interventi al territorio di 29 province dell'Italia settentrionale. Durante tale campagna, iniziata nell'autunno, furono effettuati n. 4.367.357 trattamenti immunizzanti con vaccino trivalente distribuito gratuitamente.

Tale azione ha portato nel 1966 alla denuncia di n. 1.552 focolai mentre nell'anno precedente ne erano insorti n. 5.842.

Seguendo il criterio di progressione a partire dal 1° ottobre 1966, è stata realizzata la terza campagna vaccinale, che ha interessato l'intero territorio dell'Italia settentrionale con la vaccinazione di n. 5.260.000 capi bovini.

Inoltre con Ordinanza 10 luglio 1967 è stata disposta, sempre a partire dal 1° ottobre, la quarta campagna profilattica nell'Italia settentrionale, tuttora in corso, e che prevede la vaccinazione in linea massima di n. 5.450.000 capi bovini.

I dati epizoologici relativi al 1967, con la denuncia di appena n. 215 focolai, mettono in evidenza come la favorevole situazione sanitaria nei

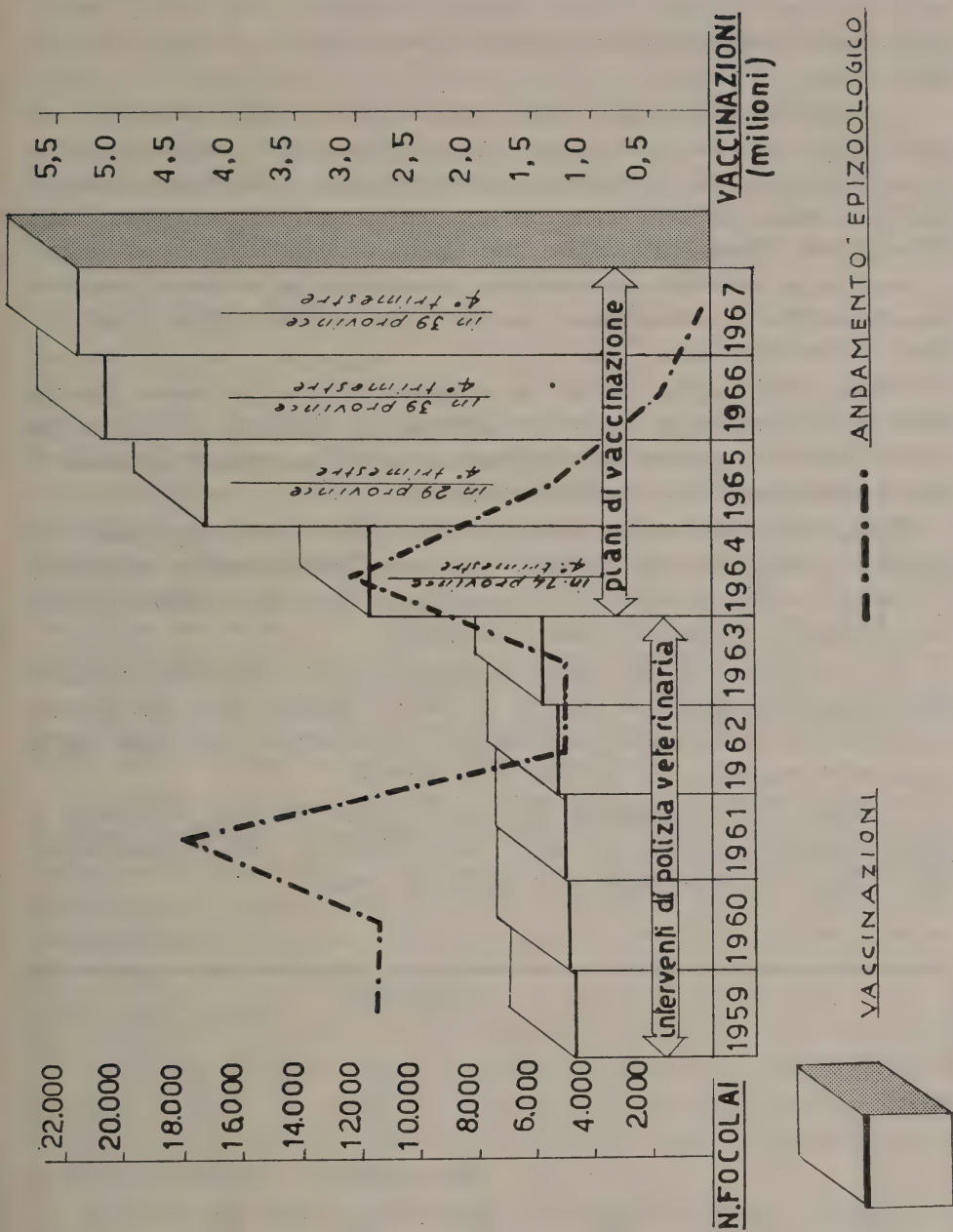



Grafico 1. - Afta epizootica.

riguardi dell'afta epizootica sia da attribuirsi decisamente all'azione profilattica intrapresa in questi ultimi 3 anni dal Ministero della sanità e basata, come sopra descritto, sulla vaccinazione in zone sempre più vaste dell'Italia settentrionale.

La graduale diminuzione degli episodi infettivi negli allevamenti esistenti in tali zone, ove è accentrata la maggior parte del patrimonio bovino e dove si svolgono più intensi gli scambi commerciali di bestiame, si è ripercossa in maniera del tutto favorevole negli allevamenti del centro-meridione, notoriamente tributari di bovini di provenienza dall'Italia del Nord. Inoltre la conseguente sensibile riduzione della massa virale nell'ambiente ha senza dubbio contribuito notevolmente alla scomparsa dell'afta anche nelle altre specie animali recettive.

Torna utile, inoltre, mettere in evidenza che per la prima volta in Italia, dopo oltre un quarantennio, nella prima quindicina di luglio 1967 è stato possibile registrare l'assoluta mancanza dell'insorgenza di focolai di afta epizootica nell'intero territorio nazionale.

Rimane intendimento del Ministero della Sanità, anche per andare incontro alle categorie degli allevatori dichiaratisi particolarmente soddisfatti dei risultati conseguiti, ripetere nei prossimi anni la predetta azione sanitaria estendendola al territorio di tutte le province.

La realizzazione di tale iniziativa, appunto, viene resa possibile dalla recente promulgazione della legge n. 34 del 24 gennaio 1968 che affronta organicamente e con ampiezza di mezzi l'intero settore della lotta contro le malattie epizootiche ed esotiche degli animali.

I risultati della tipizzazione dei virus in causa, effettuata nei focolai di prima insorgenza durante gli anni 1964-1965-1966 e 1967, vengono riportati in numero e percentuale nella tabella che segue:

Anni	Tipizzazione					
	A		O		C	
	N.	%	N.	%	N.	%
1964	71	6,23	370	32,42	700	61,35
1965	130	18,28	286	40,22	295	41,50
1966	35	13,73	188	73,72	32	12,55
1967	19	38,77	25	51,02	5	10,21

2. - Rabbia.

La lotta contro la rabbia degli animali ed in particolare contro quella canina è un problema di grandissimo rilievo soprattutto per i gravi riflessi che l'infezione rabbida assume nei confronti della salute dell'uomo.

Un problema sociale, quindi, al quale questo Ministero ha sempre rivolto la massima attenzione nella consapevolezza della propria responsabilità.

L'azione di profilassi è stata imperniata fino al 1963 sull'applicazione delle norme di polizia veterinaria e sulla vaccinazione pre-contagio dei cani resa obbligatoria solo nelle province ove la malattia era presente.

Nell'attuazione della lotta contro la zoonosi in argomento non si è mancato di tenere nella giusta considerazione il ruolo rappresentato nella sua diffusione dagli animali selvatici, nei confronti dei quali si interviene soprattutto con l'impiego di bocconi avvelenati e trappole. Tale intervento insieme alla pratica vaccinale ha contribuito notevolmente a debellare un episodio infettivo nei bovini verificatosi a Messina nel 1962, del quale furono riconosciute responsabili per la prima volta le volpi. Un analogo sistema di profilassi è stato predisposto ed è in attuazione nella provincia di Bolzano, dove, in seguito ad un episodio di rabbia in due cani, due lepri, quattro caprioli ed una volpe, dall'indagine epizoologica si è potuto formulare il sospetto che quest'ultimo selvatico potesse essere responsabile della diffusione.

In detto anno, nonostante l'azione sanitaria svolta dai servizi veterinari, la rabbia manifestò una recrudescenza nelle regioni centro-meridionali ed in Sicilia con un indice di morbilità abbastanza elevato.

La persistenza della malattia in dette regioni era dovuta oltre che alle depresse condizioni economiche dell'ambiente ed alla arretrata coscienza igienica delle popolazioni rurali, anche alla cronica deficienza finanziaria degli Enti locali, ai quali sono demandati per legge i principali servizi relativi alla profilassi diretta della rabbia. Tale precaria situazione non ha permesso alla maggior parte delle Amministrazioni comunali di provvedere alla regolare registrazione dei cani esistenti nel proprio territorio, alla cattura e detenzione dei cani randagi ed alla istituzione e gestione dei canili municipali.

La disorganizzazione conseguente alla mancata e carente attuazione delle misure suddette ha contribuito in misura notevole ad aumentare il fenomeno del randagismo che, com'è noto, gioca un ruolo di primaria importanza nella diffusione della malattia.

Di fronte alla suddetta particolare situazione epizoologica, questo Ministero, preoccupato della profonda costernazione suscitata nell'opinione pubblica dai dolorosi episodi di rabbia nell'uomo (7 casi nel 1963), sentì l'urgente necessità di attuare provvedimenti straordinari per combattere questa mortale infezione ed elaborò un piano organico di lotta, basato sulla vaccinazione preventiva obbligatoria dei cani esistenti in tutte le province delle

regioni centro-meridionali e della Sicilia. Al fine, poi, di rendere più efficienti i servizi relativi alla cattura dei cani ed alla loro detenzione questa Amministrazione con circolare n. 206 del 27 novembre 1964 ritenne opportuno impartire le direttive necessarie per la istituzione di consorzi provinciali per la profilassi e la polizia veterinaria.

Le campagne vaccinali obbligatorie ebbero inizio nell'aprile 1964 e sono state ripetute nella primavera del 1965, 1966 e 1967. Nel 1967 esse sono state estese anche alle regioni dell'Umbria e delle Marche. Il numero dei cani vaccinati è stato rispettivamente di 332.575, 526.520, 507.321 e 515.388.

I risultati ottenuti possono essere ritenuti abbastanza soddisfacenti considerato che nel 1967 si sono verificati in Italia soltanto n. 178 casi di rabbia contro i 215 dell'anno precedente, i 588 del 1965 ed i 724 del 1964.

Tuttavia la malattia continua a persistere specialmente in quelle zone dove per i sopracennati motivi la vaccinazione non raggiunge ancora la totalità dei cani ivi esistenti e dove la particolare situazione finanziaria degli Enti locali non permette ancora di sopperire alle manchevolezze lamentate.

Pertanto, questo Ministero ritiene di dovere compatibilmente con le disponibilità di bilancio ripetere negli anni successivi tale azione sanitaria, provvedendo anche al pagamento delle prestazioni veterinarie, ed a favorire sempre di più la istituzione dei consorzi per la profilassi e la polizia veterinaria, ritenendo questo tipo di organizzazione l'unico possibile per un efficiente servizio di profilassi diretto in tutto il territorio della provincia, in quanto consente, fra l'altro, di realizzare notevoli economie sui singoli bilanci comunali.

Anno	Cani				Casi di malattia		
	Catturati	Abbattuti	Morsicatori	Vaccinati	nei cani	nei gatti	negli altri animali
1964	106.714	76.528	32.835	416.136	684	37	33
1965	143.349	106.113	37.236	551.097	532	51	20
1966	102.426	73.179	29.093	520.000	185	18	20
1967	98.183	69.607	28.940	560.000	140	11	33

3. - PESTI SUINE.

A) *Peste suina africana.* — Questa terribile malattia infettiva, propria della specie suina e tipicamente esotica, estranea all'Europa sino al 1957, anno

in cui fece la sua comparsa in Portogallo da dove si è successivamente propagata a tutta la penisola Iberica e nel 1964 anche alla zona pirenaica della Francia, ha colpito inavvertitamente, nei primi mesi del 1967, alcuni allevamenti suinicoli italiani esistenti nell'Agro romano. Numerose condizioni obiettive di ordine ecologico, zootecnico, epizoologico e clinico non permisero ai veterinari pratici di avanzare il sospetto « sul campo » prima delle osservazioni anatomo-patologiche effettuate dagli Istituti di ricerca. Non appena tale sospetto fu segnalato dall'Istituto Superiore di Sanità a questo Ministero, e precisamente dal 21 marzo 1967 furono presi immediati ed energici provvedimenti, quali:

a) inchiesta a tappeto in tutta la campagna romana, per censire gli allevamenti suini e individuare quelli infetti;

b) sequestro di rigore con piantonamento degli allevamenti riscontrati infetti;

c) dichiarazione di zona infetta per il Comune di Roma e di zona di protezione per l'intera provincia, con applicazione rigorosa di tutte le relative misure previste in tali casi dal Regolamento di polizia veterinaria;

d) immediato inizio delle ricerche per la diagnosi di certezza da parte di una commissione scientifica di indagine, appositamente nominata ed operante presso l'Istituto Superiore di Sanità;

e) immediata opera di persuasione presso gli allevatori romani, per la realizzazione dell'abbattimento volontario.

Contemporaneamente tutti gli uffici periferici furono messi in allarme in modo da controllare l'intero territorio nazionale.

Il 4 aprile 1967 la commissione di indagine emetteva la diagnosi ufficiale di peste suina africana per l'episodio di Roma. Analoga diagnosi veniva emessa per alcuni episodi in provincia di Grosseto (Istituto superiore di sanità) ed in provincia di Siena e Cremona (Istituti zooprofilattici competenti).

Si potettero, quindi, applicare le misure di abbattimento coattivo previsto per le malattie esotiche dalla legislazione vigente (legge 24 febbraio 1965, n. 108 e D.M. 20 luglio 1965).

Intanto, mentre si procedeva all'abbattimento coattivo di tutti i suini presenti nel comune di Roma, di quelli esistenti in sporadici focolai della provincia di Roma ed in quelli già detti di Grosseto e Siena, la malattia si estendeva in altre province del Lazio, della Toscana, delle Marche, della Campania e dell'Umbria.

Successivamente una seconda ondata epizoologica si verificò nelle regioni del Veneto, della Liguria, del Piemonte e della Lombardia.

Contemporaneamente con due Ordinanze del 20 aprile 1967 furono emanate drastiche misure restrittive e cautelative atte ad impedire la diffusione

della infezione pestosa, riguardanti principalmente lo spostamento dei suini in tutto il territorio nazionale e l'utilizzazione delle relative carni per la produzione salumiera e gastronomica.

Fu altresì vietata l'utilizzazione, per l'alimentazione degli animali, dei rifiuti solidi urbani e dei residui di mense e cucine, ritenuti quasi sicuramente come i responsabili dell'insorgenza della malattia.

L'andamento epizoologico ha presentato uno sviluppo progressivo di diffusibilità che ha raggiunto il massimo della sua intensità nella prima metà di giugno 1967, tanto che all'epoca risultavano interessate ben 25 province con 170 focolai. Dal 16 al 25 agosto 1967 la peste suina africana ha interessato, invece, soltanto altre 3 province ed i focolai insorti nell'ambito delle stesse ed in alcune di quelle già colpite dall'infezione esotica, risultarono essere in numero di 34.

In attuazione delle norme di legge vigenti, sono stati complessivamente abbattuti e distrutti n. 99.458 suini perché riscontrati infetti o sospetti di infezione o di contaminazione. Dal 26 di agosto non sono stati denunciati altri casi di malattia.

Dal 20 ottobre sono state revocate tutte le ordinanze di zona infetta e di protezione a suo tempo emanate dai Veterinari provinciali delle province sul cui territorio si erano verificati casi di malattia.

A questo confortante risultato si è giunti solo dopo 5 mesi di lotta condotta con il massimo impegno e vero senso di responsabilità dei servizi veterinari a tutti i livelli, con la collaborazione delle forze di polizia e carabinieri più volte chiamati ad operare per quanto di loro competenza, degli allevatori e con il concorso, non sempre costante e responsabile, di altre categorie direttamente o indirettamente interessate al settore della suinicoltura nazionale.

Il risultato conseguito appare di maggiore rilevanza se si considera che il tipo di allevamento suinicolo in Italia presenta particolari caratteristiche, per cui si rende necessario un intenso e costante spostamento legato al commercio dei giovani soggetti, dai luoghi di produzione a quelli in cui viene effettuato l'ingrasso finale.

B) *Peste suina classica.* — La peste suina classica negli anni 1965-1966 e 1967 si è manifestata con andamento enzootico in tutte le regioni italiane.

Di detta virosi sono stati denunciati nel triennio 1965-'67 complessivamente n. 1.203 focolai e la incidenza dei casi di malattia ha registrato una curva pressochè costante in tutti i mesi dell'anno. Su di un totale n. 19.270 colpiti nel 1965 e 1966 risultano morti o abbattuti d'urgenza o di necessità numero 13.836 capi.

La profilassi è stata orientata, mediante l'attuazione delle misure previste dal Regolamento di polizia veterinaria, a circoscrivere i focolai infetti per impedirne la espansione, e ad evitare la introduzione dell'infezione negli al-

levamenti e nelle zone indenni. Nel 1965 sono stati sottoposti a trattamento vaccinale n. 1.110.742 suini.

Tuttavia, la grave epizoozia di peste suina africana, verificatasi nel marzo 1967, ha riproposto al Ministero la risoluzione del problema relativo alla profilassi vaccinale obbligatoria dei suini nei confronti della peste suina classica.

L'attuazione di tale pratica immunizzante assume, infatti, peculiare importanza non solo perché con la sistematica effettuazione della stessa si può pervenire, in un periodo di tempo relativamente breve, alla eradicazione di detta forma morbosa, ma soprattutto perché l'immunità conseguita sulla quasi totalità dei suini può rappresentare un importante fattore di discriminazione per una sollecita diagnosi della peste suina africana.

Per tali ragioni ed in virtù dell'art. 3 del D.L. 8 maggio 1967, n. 247, convertito nella legge 7 luglio 1967, n. 514 si è ritenuto opportuno disporre con apposita ordinanza la vaccinazione, da iniziarsi nel 1968, obbligatoria e continuativa di tutti i suini di età compresa tra i 60-70 giorni, con vaccino attenuato allestito con virus di ceppo « cinese » e distribuito gratuitamente da questo Ministero.

4. - Carbonchio ematico.

Nel triennio 1965-1967 sono stati denunciati complessivamente n. 587 focolai e la infezione risulta maggiormente presente nelle regioni centro-meridionali, nelle isole ed in alcune province del Nord.

Il Ministero nei riguardi della profilassi ha mirato a favorire la vaccinazione su larga scala in quelle zone dove la malattia trova favorevoli condizioni ambientali per la sua insorgenza.

Nel 1965 sono stati, infatti, sottoposti a trattamento vaccinale rispettivamente n. 22.357, n. 720.453, n. 2.604.039 e n. 370.135 animali della specie equina, bovina, ovina e caprina, con vaccino in molti casi fornito gratuitamente da questo Ministero.

Anche nel 1966 e 1967 tale azione è stata continuata ed in diverse province si è anche provveduto alla fornitura gratuita del vaccino occorrente.

5. - Mal rossino.

Il numero dei focolai denunciati annualmente continua a mantenersi entro limiti abbastanza soddisfacenti.

Nel triennio considerato ne sono insorti, infatti, n. 2.016. Ciò si deve soprattutto all'efficacia dei trattamenti non soltanto immunizzanti ma anche terapeutici, prontamente impiegati.

6. - Mixomatosi.

Anche in tale periodo la malattia è stata costantemente presente in molte regioni italiane.

Sono stati denunciati in totale n. 440 focolai insorti soprattutto fra i conigli selvatici.

7. - Ipodermosi bovina.

E' continuata in alcune province alpine la lotta contro tale malattia secondo le direttive a suo tempo impartite con l'ordinanza ministeriale 15 settembre 1956, imperniata sul trattamento antiparassitario dei soggetti colpiti con prodotti messi a disposizione dall'Istituto Nazionale Pelli. I risultati ottenuti possono essere ritenuti del tutto incoraggianti tenuto conto che le azioni svolte hanno avuto carattere sperimentale.

8. - Morva.

Nel periodo considerato non risultano denunciati casi di morva, l'ultimo dei quali risale al 1964 in provincia di Napoli.

9. - Malattie infettive del pollame.

Una esatta valutazione sulla incidenza delle varie malattie che hanno interessato gli allevamenti avicoli nel triennio 1965-'67 non riesce possibile, in quanto i dati relativi sono da riferire alla diagnosi effettuata in sede di laboratorio, che, tra l'altro, riguardano più soggetti appartenenti ad un unico focolaio; tale situazione statistica risulta ancora più deficitaria per il fatto che molti casi di malattia trovano la loro risoluzione definitiva nell'ambito dell'allevamento, senza che ne venga data comunicazione ufficiale od informazione agli uffici veterinari comunali o provinciali.

Comunque, le malattie più ricorrenti risultano essere state alcune di quelle sostenute da virus e da micoplasmi, mentre quelle ad eziologia batterica, per la loro scarsa incidenza, non hanno destato preoccupazioni eccessive. Infatti nei confronti di tali entità morbose è stato possibile lottare efficacemente con l'impiego di specifici presidi immunizzanti o con trattamenti terapeutici ed in particolare con antibiotici. Tale possibilità, tendendo sempre più a ridurre i casi di malattia, ha diminuito contemporaneamente la diffusione degli agenti patogeni nell'ambiente e quindi anche l'insorgenza delle malattie stesse.

Per quanto concerne, infine, le malattie di origine parassitaria possiamo dire che, ad eccezione della coccodiosi, queste hanno trovato, nell'applica-

zione di tutte le più adeguate norme di igiene generale degli allevamenti e nella somministrazione tempestiva dei prodotti specifici, una valida barriera alla loro evoluzione biologica ed alla loro propagazione.

L'azione di profilassi in genere ed in particolare quella immunizzante, organizzata ed attuata per la maggior parte su base individualistica o, quanto meno, nell'ambito dei maggiori complessi aziendali, nei confronti di alcune malattie infettive, pur rilevando delle carenze di ordine organizzativo, ha contribuito sensibilmente al miglioramento delle condizioni sanitarie dei singoli allevamenti. E' il caso questo della pseudopeste aviare, del colera aviare, del difterovaiolo, della corizza infettiva, della bronchite infettiva nonché della malattia cronica respiratoria.

Per quanto riguarda segnatamente la pullorosi, dobbiamo riferire che nel triennio considerato hanno trovato applicazione in tutto il territorio nazionale le direttive emanate con circolare n. 139 del 18 luglio 1964, relative al controllo sanitario previsto dall'art. 151 del vigente regolamento di polizia veterinaria, riguardante il materiale avicolo da riproduzione oggetto di successivo commercio. I risultati ottenuti hanno segnalato un andamento della infezione non allarmante anche se risulta evidente che la malattia va seguita sempre attentamente al fine di potere controllare una eventuale maggiore diffusione.

Allo stesso scopo non sono mancati controlli saltuari sull'attività degli impianti di incubazione, ponendo particolare attenzione sulle schiuse anormali delle uova e sulla morte dei pulcini.

L'azione del Ministero, inoltre, ha interessato il settore avicolo, anche promuovendo un'azione di propaganda intesa soprattutto all'applicazione ed al rispetto delle principali norme sanitarie e di profilassi, con risultati favorevoli, che non sarebbero stati conseguibili con interventi a carattere coattivo.

10. - Echinococcosi - Idatidosi.

Ha avuto proseguimento il piano di profilassi predisposto dal Ministero, imperniato sul trattamento antielmintico dei cani, sulla cattura dei cani randagi, sul rilevamento alla macellazione degli organi parassitati e sull'educazione igienica sanitaria della popolazione.

Detto piano è stato realizzato in tutti i tre anni in Sardegna, con la collaborazione della Regione Autonoma o dell'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni.

La soluzione antielmintica, costituita dal bromidrato di arecolina, da somministrare ai cani e parte dei compensi dovuti al personale operatore sono stati a carico del Ministero della Sanità.

11. - Malattie parassitarie.

Meritano qualche cenno la distomatosi, la strongilosi polmonare ed intestinale e la rogna.

Per quanto riguarda la distomatosi e strongilosi nel periodo considerato sono stati sottoposti a trattamenti disinfestanti periodici n. 2.500.000 capi. La rogna, invece, ancora presente negli allevamenti ovini, non rappresenta più un problema di notevole importanza potendosi facilmente aggredire con presidi antiparassitari.

VI. - PROFILASSI DELLA TUBERCOLOSI BOVINA

L'azione diretta ad eliminare la tubercolosi bovina dagli allevamenti nazionali ha trovato un valido strumento nella legge 9 giugno 1964, con la quale gli organi di Governo hanno voluto porre una base normativa e finanziaria idonea per soddisfare le esigenze di questo settore, chiaramente evidenziate dagli interventi profilattici svolti nel periodo 1955-1964.

La legge n. 615 ha consentito agli organi della Amministrazione sanitaria di operare per la prima volta, ai fini della eradicazione della tubercolosi bovina, in modo completamente autonomo sia per la parte tecnica, sia per la parte amministrativa.

Tale accentramento di competenze presso il Ministero della Sanità ha costituito indubbiamente un fattore favorevole per garantire maggiore tempestività ed efficacia all'azione sanitaria considerata, ma in un primo tempo ha posto il Servizio veterinario di Stato di fronte a complessi problemi di organizzazione e di adeguamento delle strutture preesistenti.

Con i mezzi finanziari messi a disposizione dalla legge n. 615 si è dovuto innanzitutto migliorare e completare le attrezzature degli uffici, fornire il materiale occorrente per le operazioni profilattiche da svolgersi presso gli allevamenti, acquistare apparecchiature destinate a potenziare adeguatamente il servizio di disinfezione laddove non provvedevano le Amministrazioni provinciali.

Più ardua si è rivelata la soluzione del problema relativo al personale tecnico e amministrativo occorrente per attuare la campagna di risanamento, stante la cronica carenza che da tempo affligge l'Amministrazione sanitaria in questo settore. Si è provveduto tuttavia alle più pressanti esigenze degli uffici veterinari provinciali mediante l'assunzione temporanea di veterinari coadiutori e l'impegno di personale amministrativo dipendente da altri Enti interessati al risanamento del patrimonio zootecnico.

In un'azione profilattica di così ampia portata non poteva non essere promossa la collaborazione del Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste, delle Amministrazioni provinciali, delle Camere di Commercio e delle

organizzazioni degli allevatori. Tale fine è stato conseguito precipuamente attraverso la costituzione e il funzionamento delle Commissioni centrale e provinciali previste dalla legge n. 615, rilevatesi strumenti preziosi per la programmazione degli interventi profilattici e per stabilire un efficace collegamento con gli ambienti più direttamente interessati alla bonifica sanitaria degli allevamenti, in primo luogo con la grande famiglia degli allevatori.

Consapevoli della imprescindibile necessità di preparare e di sensibilizzare adeguatamente il mondo rurale prima di attuare le iniziative profilattiche, tutti i servizi veterinari si sono dedicati, alla vigilia della fase operativa, ad una assidua azione di propaganda e di istruzione mediante conferenze, corsi, interviste e colloqui. Nel quadro di tale attività, si è fatto largamente ricorso alla proiezione del film documentario sulla profilassi della tubercolosi bovina, realizzato dal Servizio Veterinario del Ministero della Sanità e messo a disposizione di tutti gli Uffici Veterinari provinciali più impegnati nella campagna di risanamento.

Per quanto concerne la disciplina delle operazioni profilattiche, sono state previste nei provvedimenti di esecuzione della legge n. 615 norme dirette a conferire un alto grado di efficacia agli interventi. A tale proposito appare opportuno citare le disposizioni concernenti la possibilità di rendere obbligatoria la profilassi una volta raggiunto, in determinati comprensori, il 60% di adesioni volontarie da parte degli allevatori o il 60% di animali controllati, l'obbligo di abbattere entro un periodo di tempo prestabilito tutti i capi riconosciuti infetti nei singoli allevamenti, la disciplina degli accertamenti diagnostici, la marcatura degli animali infetti e le limitazioni poste ai loro trasferimenti, il ripopolamento degli allevamenti controllati.

Con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, si è provveduto a disciplinare, in armonia con le direttive della CEE, la produzione e il controllo della tubercolina, nonché l'esecuzione della prova tubercolinica intradermica semplice e della prova comparativa.

Delineati, brevemente, gli aspetti più salienti del lavoro organizzativo, si prospettano, in sintesi, i risultati acquisiti nella prima fase della campagna di eradicazione della tubercolosi bovina svolta in applicazione della legge n. 615, che si è estesa progressivamente nel periodo considerato fino a interessare, nel 1967, ben 89 province.

Con apposito decreto ministeriale, sono state riconosciute « territorio ufficialmente indenne da tubercolosi bovina » le province di Bolzano, Cagliari, Macerata, Massa Carrara e Sondrio. Con rapidità sono stati realizzati importanti progressi nella bonifica sanitaria degli allevamenti bovini dalla tubercolosi quasi ovunque, ma soprattutto nelle province della Val Padana in cui era stata evidenziata in passato la più elevata incidenza dell'infezione. I successi precocemente raggiunti sono da attribuire sia alla validità della impostazione programmatica e organizzativa, sia alla partecipazione attiva e con-

sapevole da parte degli allevatori, specialmente nelle zone in cui l'industria zootecnica viene condotta con mezzi e metodi moderni e razionali e appare in grado pertanto di raggiungere sollecitamente livelli di produzione competitivi nei confronti dell'industria zootecnica degli altri Paesi comunitari.

Testimoniano l'importanza del cammino percorso nel triennio testé trascorso i dati riportati nella *tabella* 1.

TABELLA N. 1.

PROFILASSI DELLA TUBERCOLOSI BOVINA

Anni	Capi controllati	Capi infetti al 31/12 (rimasti)	%	Capi abbattuti	Capi esistenti negli allevamenti uff. indenni	Prove tubercoliniche	
						semplici	comparative
1965	1.783.347	199.203	11,1	33.935	681.610	2.317.654	23.052
1966	2.442.732	203.915	8,3	43.810	917.496	2.855.189	3.335
1967	2.688.902	165.111	6,1	98.305	1.355.608	3.040.231	1.999

Appare evidente che, al costante aumento dei capi controllati, ha corrisposto una sempre più marcata incisività del risanamento, espressa dalla progressiva e netta riduzione della incidenza dell'infezione tubercolare negli effettivi controllati.

Tale dato appare tanto più significativo in quanto ogni anno la campagna di bonifica ha raggiunto nuovi allevamenti, mai controllati in precedenza, in molti dei quali la tubercolosi bovina è risultata largamente diffusa.

Degna di particolare menzione appare l'ampia disponibilità di capi bovini appartenenti ad allevamenti indenni, assicurata in questa prima fase operativa, che consente di guardare con relativa tranquillità alla futura evoluzione della campagna profilattica. Giova sottolineare infatti che negli allevamenti completamente risanati è compreso tutto il bestiame nazionale più altamente selezionato, per cui risulterà possibile in prosieguo di tempo, utilizzando tale materiale per sostituire i bovini infetti che saranno abbattuti, realizzare parallelamente il risanamento e il miglioramento del patrimonio zootecnico.

Nello svolgimento della campagna di bonifica sanitaria si è data la precedenza alle domande di adesione inoltrate per il tramite di Associazioni di Allevatori, Cooperative e organismi similari, conseguendo il duplice, im-

portante obiettivo di ottenere una valida collaborazione nella applicazione delle misure zooprofilattiche e di risvegliare e stimolare nell'ambiente agricolo lo spirito associativo che rappresenta, come è noto, il più importante fattore di successo in tutte le azioni dirette ad incrementare la produzione zootecnica. La eliminazione di cospicui contingenti di animali infetti e l'attiva richiesta di animali indenni non potevano non creare condizioni di mercato sfavorevoli per gli allevatori; al fine di ovviare a tali inconvenienti o quanto meno di attenuarne le conseguenze si è provveduto tempestivamente ad interessare il Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste affinché intervenisse, con la concessione di contributi, per favorire gli acquisti di bestiame sano e selezionato diretto a sostituire i bovini infetti abbattuti in applicazione della legge n. 615 e per dare impulso all'ammasso delle bovine di terza categoria. E' stata inoltre rivolta alla stessa Amministrazione la richiesta di destinare opportune provvidenze al miglioramento igienico sanitario dei ricoveri e delle relative pertinenze in connessione alla bonifica sanitaria degli allevamenti. Tutte le richieste sopra menzionate sono state prontamente accolte e ciò ha contribuito indubbiamente a condizionare in senso positivo le iniziative zooprofilattiche.

Il sollecito ampliamento della campagna di eradicazione della tubercolosi bovina, e, soprattutto, l'identificazione di un grande numero di animali infetti, ha posto ben presto in evidenza la necessità di una congrua integrazione degli stanziamenti previsti dalla legge n. 615 per poter completare entro pochi anni l'azione intrapresa, cioè per raggiungere l'obiettivo indicato, al paragrafo 187, dal programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-1970 .Col proposito di soddisfare tale necessità e di assicurare un più valido impulso all'attività in argomento, è stato elaborato e presentato in sede competente un apposito schema di disegno di legge che, nel volgere di poche settimane, con l'ausilio di opportuni interventi effettuati a livello degli organi di Governo e del Parlamento, ha potuto compiere l'intero iter parlamentare, conclusosi con la promulgazione della legge 23 gennaio 1968, n. 33.

Si tratta indubbiamente di un successo di ampia portata, che rappresenta il degno coronamento di un triennio di fervida attività e che pone nel contempo valide premesse per un ciclo operativo ancor più fecondo.

VII. - PROFILASSI DELLA BRUCELLOSI BOVINA

Per consentire il massimo impegno nella lotta contro la tubercolosi bovina, è stata destinata alla profilassi della brucellosi bovina solo una aliquota modesta degli stanziamenti previsti dalla legge n. 615. Non si è mancato tuttavia di promuovere la collaborazione ed il concorso finanziario da parte di altri Enti interessati al risanamento del bestiame che già in passato ave-

vano efficacemente sostenuto la campagna di eradicazione della brucellosi bovina.

In particolare, con i fondi stanziati dalla legge n. 615 si è provveduto a finanziare completamente la profilassi in argomento solo nelle province di Bolzano e Sondrio, dopo che le stesse erano state già riconosciute ufficialmente indenni da tubercolosi bovina, mentre nella restante parte del territorio nazionale sono stati attuati interventi di limitato impegno finanziario, traendo profitto dal concorso di altri Enti.

Nelle due province sopra citate si è voluta completare rapidamente l'eliminazione della brucellosi da tutti gli allevamenti bovini; negli altri territori si è operato nella misura richiesta per la conservazione dei risultati acquisiti in precedenti azioni di risanamento. In alcune province gravemente colpite, si è proceduto peraltro alla immunizzazione sistematica del giovane bestiame destinato all'allevamento. Le operazioni profilattiche sono state disciplinate con atti normativi accuratamente armonizzati con le direttive della CEE. Per quanto concerne, in particolare, le prove diagnostiche, ne è stata fissata la standardizzazione, facendo appello ancora una volta alla collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità.

Come bene si evidenzia dalla *tabella* 2, l'azione profilattica svolta ha consentito, nel complesso, di acquisire risultati di rilievo, anche se nel 1966 si è verificata una temporanea interruzione dei controlli diagnostici in alcune zone, per difficoltà di ordine essenzialmente finanziario.

Tabella n. 2.

Profilassi della brucellosi bovina

Anni	Capi controllati	Capi infetti al 31/12 (rimasti)	%	Capi abbattuti	Capi esistenti negli allev. indenni	Capi esistenti negli allev. uff. indenni	Capi vaccinati	Prove		
								Ring test	siero agglutinazione	deviazione del compl.
1965	822.313	12.210	1,4	6.734	54.854	195.122	18.962	101.228	788.097	21.406
1966	550.175	4.810	0,8	6.138	69.872	264.737	67.730	37.046	641.291	33.937
1967	726.733	5.161	0,7	6.307	115.397	374.464	173.212	36.574	839.168	49.625

E' il caso di sottolineare, quali elementi positivi maturati nel triennio 1965-1967, la netta diminuzione della morbosità nei capi sotto controllo, nonchè il progressivo aumento dei capi vaccinati e di quelli appartenenti

agli allevamenti riconosciuti ufficialmente indenni o indenni da brucellosi. Obiettivi di particolare importanza sono stati raggiunti nelle province di Massa Carrara e di Sondrio, riconosciute territori « ufficialmente indenni da brucellosi bovina » e nella provincia di Bolzano, riconosciuta « indenne » dalla stessa forma morbosa.

Ai dati riportati nella *tabella* 2, che si riferiscono all'attuazione della legge n. 615, sono da aggiungere quelli relativi alla applicazione delle norme previste dal vigente regolamento di Polizia Veterinaria nei confronti degli allevamenti infetti o sospetti non interessati dalla predetta azione sanitaria e dei tori adibiti alla monta pubblica ed alla fecondazione artificiale. Nell'ambito di questa attività profilattica, che ha integrato efficacemente la campagna nazionale di bonifica sanitaria prevista dalla legge n. 615, sono stati controllati complessivamente nel triennio 1965-1967 n. 303.705 bovini dei quali 21.953 sono risultati infetti e 5.123 sono stati abbattuti.

In definitiva, non mancano fondati motivi per ritenere che potrà essere portata ad uno stadio avanzato anche la lotta contro la brucellosi bovina nello stesso periodo di pochi anni entro il quale sarà completamente eliminata la tbc bovina. Appare evidente l'importanza di tale prevista realizzazione, ove si consideri che in quasi tutti i Paesi esteri oggi indenni da brucellosi od avviati a tale traguardo, è stata affrontata con ampi e organici piani la lotta contro detta malattia soltanto dopo aver portato a compimento l'eradicazione della tbc bovina.

VIII. - PROFILASSI DELLA BRUCELLOSI OVINA E CAPRINA

In conformità alle vigenti disposizioni, l'azione svolta dai Servizi veterinari nei confronti della brucellosi ovina e caprina si è concretata nella esecuzione di indagini, accertamenti e interventi intesi a identificare i focolai di infezione e nella applicazione delle misure più idonee per evitare la trasmissione del contagio dagli animali infetti all'uomo e agli allevamenti sani.

La ricerca sistematica degli animali infetti, con prove allergiche o sierologiche, nelle greggi maggiormente indiziate in base ai dati epidemiologici, l'abbattimento dei capi infetti col consenso dei proprietari, stimolato mediante la corresponsione di appositi indennizzi, l'isolamento e il sequestro dei capi infetti che i rispettivi proprietari rifiutavano di abbattere, hanno consentito in molti casi di fronteggiare validamente il pericolo di trasmissione della brucellosi.

Questa azione sanitaria, a carattere tipicamente repressivo, è stata peraltro integrata da più ampi interventi svolti, con finalità prevalentemente preventive, in alcune province nelle quali l'industria armentizia è particolarmente sviluppata.

In tali territori infatti, utilizzando mezzi finanziari messi a disposizione dal Ministero dell'Agricoltura e delle Foreste e da Enti locali interessati all'azione profilattica considerata, tutti gli ovini e caprini sono stati saggiati ripetutamente con la prova allergica, per conoscere l'incidenza dell'infezione brucellare e per ottenere, nella misura più ampia possibile, il risanamento delle greggi infette attraverso la eliminazione sistematica dei capi reagenti.

Nel contempo sono stati attuati in altre sedi programmi di profilassi immunizzante con vaccini di provata efficacia, mirando ad ottenere risultati più duraturi rispetto a quelli offerti dalla profilassi diretta.

I dati relativi alle iniziative sopra menzionate figurano nella *tabella* 3.

Tabella n. 3.

Profilassi della brucellosi ovina e caprina

Anni	Capi controllati	Capi infetti al 31/12 (rimasti)	%	Capi abbattuti	Capi vaccinati	Prove allergiche	Siero-agglutinazioni
1965	319.484	5.632	1,7	8.592	14.280	313.935	10.679
1966	341.870	6.605	1,9	8.433	15.828	333.935	6.892
1967	235.527	3.583	1,5	8.681	51.231	221.131	17.233

I risultati emersi dall'attività svolta nel triennio 1965-1967 consentono di formulare le seguenti osservazioni, che appaiono interessanti al fine di perfezionare in avvenire i metodi profilattici:

1) l'identificazione ed il pronto abbattimento degli animali infetti hanno costantemente determinato la interruzione dei casi di malattia nelle persone e negli animali; tuttavia, nelle greggi infette sottoposte a tali misure, non raramente è ricomparsa in seguito la brucellosi;

2) nei casi in cui è mancato il consenso dei proprietari all'abbattimento dei capi infetti, l'applicazione delle misure di isolamento e sequestro di tali animali è risultata spesso disagevole e non sempre ha offerto risultati soddisfacenti;

3) i trattamenti immunizzanti hanno determinato la cessazione degli aborti ad eziologia brucellare ed una netta diminuzione dei casi umani di febbre melitense; hanno incontrato peraltro il consenso incondizionato dei pastori, sensibili soprattutto ai vantaggi di ordine economico offerti da tale metodo;

4) per quanto tutti i prodotti immunizzanti impiegati abbiano corrisposto in modo soddisfacente, è apparso particolarmente conveniente il vaccino REV 1, che consente di conferire una valida protezione agli animali con una sola vaccinazione, il che rende più semplice e meno oneroso il trattamento immunizzante.

Sulla base delle esperienze acquisite, nei prossimi anni saranno associati sistematici trattamenti immunizzanti dei capi giovani da allevamento con le consuete misure di polizia veterinaria dirette a estinguere i focolai di infezione.

Ciò consentirà di avviare a soluzione l'annoso problema della profilassi della brucellosi umana, a vantaggio della popolazione italiana che ancora oggi paga, più di ogni altro popolo europeo, un grave tributo di morbilità e di mortalità a questa zoonosi.

IX. - PROFILASSI DELLE MASTITI INFETTIVE DEI BOVINI

Nel periodo in esame sono state oggetto di interventi profilattici anche le mastiti infettive dei bovini che, a volte, danno origine a episodi morbosi nelle persone e che determinano costantemente gravi perdite economiche per la diminuita produzione di latte, per la influenza sfavorevole esercitata sulla produzione lattiero-casearia e per l'aumento delle spese di rimonta imposto dalla necessità di sostituire le bovine incurabili. In assenza di mezzi finanziari e di possibilità organizzative che consentissero di attuare una campagna nazionale di eradicazione sistematica delle mastiti infettive, sono stati impegnati i servizi veterinari per frenare la diffusione di queste forme morbose e, in particolare, della mastite streptococcica, dalla quale derivano i danni più gravi.

A seguito della denuncia di casi sospetti da parte degli allevatori, i servizi veterinari hanno provveduto all'accertamento della diagnosi, alla cura dei capi infetti, ad applicare nei confronti di quelli conviventi gli opportuni trattamenti antibiotici a scopo profilattico, dedicando, nel contempo, le necessarie attenzioni alle disinfezioni degli ambienti, all'igiene della mungitura ed all'utilizzazione del latte nei limiti consentiti dalle vigenti disposizioni.

La realizzazione di tali interventi ha assicurato quasi sempre il completo e definitivo risanamento nei piccoli e medi allevamenti, mentre ha portato molte volte solo benefici transitori nelle grandi stalle della pianura padana, nelle quali esistono condizioni di ambiente, di allevamento e di sfruttamento del bestiame che appaiono difficilmente modificabili e che svolgono purtroppo un ruolo di primaria importanza nella insorgenza e nella trasmissione della mastite streptococcica.

Nel quadro della azione di controllo delle mastiti si è rivelata quanto mai preziosa, al fine di orientare convenientemente la terapia e la profilassi, l'opera di accertamento diagnostico e di assistenza svolta dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, a titolo completamente gratuito, a favore degli allevatori.

Col proposito di favorire e incrementare lo svolgimento di tali servizi, l'Amministrazione Sanitaria ha provveduto ad erogare agli Istituti stessi congrui contributi.

A complemento dell'azione sanitaria svolta a livello degli allevamenti infetti o semplicemente sospetti, nella Valle d'Aosta e nelle provincie di Lucca, Milano, Novara, e Pavia sono state attuate vere e proprie campagne profilattiche su ampi comprensori, nel corso delle quali sono state sottoposte a controllo periodico 128.564 bovine, delle quali 118.200 risultano altresì trattate con antibiotici durante il periodo della asciutta. In altre sedi, questo ultimo intervento che, come è noto, si presta per prevenire efficacemente l'insorgenza delle mastiti infettive, è stato largamente praticato dagli stessi allevatori con l'assistenza del servizio veterinario.

Nella sola provincia di Mantova l'antibiotico-profilassi delle mastiti, effettuata nel periodo della asciutta, ha interessato complessivamente n. 55.000 bovine nel triennio 1965-67.

Per meglio corrispondere alle esigenze accertate in questo campo di azione, l'Amministrazione Sanitaria intende sviluppare adeguatamente il servizio diagnostico e di consulenza gratuita, nonché favorire l'assistenza tecnica per la divulgazione fra gli allevatori delle indispensabili nozioni sulla produzione igienica del latte.

Il potenziamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, che sarà perseguito con ogni possibile mezzo in avvenire, potrà indubbiamente portare un contributo determinante alla soluzione dei problemi connessi con la profilassi delle mastiti.

X. - VIGILANZA SANITARIA DELLE CARNI E DEGLI ALTRI PRODOTTI ALIMENTARI DI ORIGINE ANIMALE

L'attività del servizio, nel campo della vigilanza sanitaria degli alimenti di origine animale, è stata significativamente intensa nel corso del triennio 1965-67.

Alle principali direttive, quelle cioè di assicurare il controllo sulla produzione di tali derrate e di garantire la loro salubrità e di predisporre nuovi strumenti legislativi sulla base di direttive intracomunitarie, si è aggiunta quella di dare pronta ed integrale esecuzione alle norme contenute nel

D.P.R. 30 dicembre 1965, n. 1701, relativo agli scambi di animali e di carni tra l'Italia e gli altri Stati membri della CEE.

Le attribuzioni in materia di controllo sanitario di prodotti di origine animale affidate a questa Direzione Generale sono state ampliate con decreto ministeriale 8 marzo 1967.

1. - Macelli e stabilimenti per la lavorazione delle carni.

Per il miglioramento delle attrezzature dei macelli pubblici, per l'ampliamento di quelli insufficienti e per la costruzione di nuovi impianti è stato svolto un intenso interessamento presso le amministrazioni comunali e presso i Ministeri competenti.

Inoltre sono stati erogati contributi finanziari per un importo di Lire 31.100.000 da destinare al potenziamento delle attrezzature tecniche ed igieniche dei mattatoi pubblici.

Per quanto attiene alla ispezione sanitaria delle carni sono state impartite dettagliate disposizioni sull'impiego dei bolli sanitari regolamentari per contrassegnare le carni (circolare n. 229 del 27 dicembre 1966), sulla metodica ispettiva per la ricerca della cisticercosi bovina e sulla linea di condotta da seguire per il risanamento delle carni in rapporto al loro grado di infestazione (circolare n. 3 del 22 febbraio 1967), sulla ricerca delle sostanze estrogene e tireostatiche delle carni (circolare n. 132 del 2 agosto 1967) e sulla macellazione dei suini per uso privato con particolare riferimento a quelle delle provincie nelle quali si erano verificati casi di peste suina africana (circolare n. 174 del 9 novembre 1967).

Nel campo della attività legislativa riguardante il settore è stato predisposto un provvedimento di modifica dell'art. 12 del regolamento sulla vigilanza sanitaria delle carni approvato con R.D. 20 dicembre 1928, n. 3298. Su detto provvedimento, che concerne la metodica da seguire per l'ispezione sanitaria delle carni, il Consiglio superiore di sanità ha espresso il proprio parere favorevole. Nella stessa seduta, il predetto consesso ha espresso parere favorevole anche sullo schema di decreto per la modifica dell'art. 59 del regolamento n. 3298 citato, per una nuova disciplina delle macellazioni dei volatili e dei conigli allevati e della ispezione sanitaria delle relative carni.

In ottemperanza alle disposizioni del D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 264 e del D.P.R. 30 dicembre 1965, n. 1701, modificato con decreto-legge 11 settembre 1967, n. 797, sono stati effettuati i sopralluoghi per la visita degli impianti di macellazione e di lavorazione da iscrivere nell'apposito registro per il riconoscimento di idoneità all'esportazione all'estero.

Nel triennio preso in considerazione risultano approvati:

— macelli n. 37;

— laboratori n. 113;
— laboratori di sezionamento n. 7.

Per contro non sono stati riconosciuti idonei gli impianti appartenenti a n. 21 ditte, le quali sono state invitate ad eliminare le carenze di struttura e di attrezzature per poter ottenere il riconoscimento suddetto.

Gli stabilimenti autorizzati all'esportazione sono stati tenuti sotto controllo e pertanto sottoposti a ispezione di revisione da parte di funzionari veterinari del Ministero. Le carenze riscontrate nel corso di sopralluoghi hanno fornito oggetto di contestazione alle ditte interessate e di fermi inviti ad eliminarli entro determinati periodi di tempo e pena la revoca dell'autorizzazione.

Le ispezioni effettuate a tale scopo sono state:
— per i macelli, n. 40;
— per i laboratori, n. 103.

Le ditte cancellate dallo speciale registro per non essersi attenute alle prescrizioni impartite sono state 18.

L'azione svolta in tal senso e basata, più che su principi repressivi, su criteri volti a stimolare l'interesse e la collaborazione degli imprenditori, ha dato risultati superiori ad ogni aspettativa, talchè s'è registrato nel settore un graduale e sostanziale miglioramento igienico-funzionale degli impianti che, specie nelle zone industriali più progredite, hanno raggiunto livelli mai toccati finora.

Questo Ministero è ancora intervenuto per la nomina di veterinari coadiutori al fine di estendere ad un sempre maggiore numero di stabilimenti privati di macellazione e di lavorazione il servizio veterinario di vigilanza continuativa.

Inoltre nel settore della ispezione e vigilanza sanitaria dei prodotti carnei sono state impartite istruzioni sulla preparazione dei prodotti scatolati (circolare n. 79 del 23 maggio 1966) e sulle confezioni di carni in involucri di materie plastiche (circolare n. 191 dell'8 novembre 1966).

Particolarmente intensa ed efficace è stata l'opera di controllo svolta dagli uffici veterinari provinciali sulla produzione, commercio e trasporti degli alimenti di origine animale, come risulta dalle *tabelle* 4, 5 e 6 che riportano i dati riferentesi agli anni 1965 e 1966.

2. - Latte.

Per quanto attiene alla produzione del latte destinato al consumo diretto il cui controllo è affidato al servizio veterinario in forza del R. D. 9 maggio 1929, n. 994 è stata rivolta ogni cura affinché le norme di cui al predetto decreto trovassero piena ed integrale osservanza.

Tabella n. 4.

Vigilanza delle carni e prodotti derivati

Controlli effettuati nei:	1965 N.	1966 N.	Totale
Macelli e locali di macellazione . . .	29.304	50.054	79.358
Spacci di carne	67.715	113.788	181.503
Salumerie, ristoranti e trattorie . . .	36.354	75.453	111.807
Frigoriferi	32.126	59.333	91.459
Stabilimenti e laboratori carnei . . .	18.892	33.860	52.752
Spacci di vendita di carni di bassa macelleria	2.041	2.420	4.461
Totale . . .	186.432	334.908	521.340

Tabella n. 5.

Provvedimenti adottati a seguito dei controlli effettuati

	1965 N.	1966 N.	Totale
Diffide	8.292	12.499	20.791
Denunce all'autorità giudiziaria . . .	3.241	3.502	6.743
Chiusura temporanea di laboratori e spacci	209	263	472
Revoca di autorizzazioni	81	121	202
Campioni prelevati per analisi . . .	6.586	11.771	18.357
Totale . . .	18.409	28.156	46.565

L'aumentato tenore di vita che ha caratterizzato l'economia italiana di questi ultimi anni ha incentivato il consumo del latte e delle sue preparazioni. La commercializzazione di tali prodotti è stata anche favorita dai modernissimi sistemi di confezionamento e dalle tecniche più avanzate nell'im-

TABELLA N. 6.

VIGILANZA SUL TRASPORTO DELLE CARNI CON AUTOVEICOLI
(O. M. 30 MAGGIO 1951)

	1965 N.	1966 N.	Totale
Controlli effettuati su strada	7.535	10.629	18.164
Altri controlli	3.241	4.684	7.925
Verbalizzazione	539	441	980
TOTALE . . .	11.315	15.954	27.069

piego delle temperature, alte e basse, per la conservazione del prodotto e quindi per la espansione commerciale dello stesso.

A fianco di tali metodiche di avanguardia concernenti i trattamenti del latte si è sentita la necessità di inserire una moderna e snella legislazione che garantisca la assoluta salubrità all'origine del prodotto senza la quale ogni metodologia, anche avanzata, di risanamento non porta alla completa soddisfazione di quei dettami igienici oggi ritenuti imprescindibili per l'ottenimento di un latte ineccepibile.

La produzione di latte igienicamente idoneo alla stalla è anche collegata con la necessità di accelerare il risanamento degli allevamenti bovini dalla tubercolosi e dalla brucellosi. Tale necessità è oggi ancor più sentita quando si opera nell'ambito di un Mercato Comune nel quale quasi tutti gli Stati membri hanno quasi completato la profilassi di tali malattie.

Al momento la delegazione italiana facente parte del Gruppo di lavoro « Legislazione veterinaria » sottogruppo « latte e prodotti del latte » ed in particolare i rappresentanti di questo Ministero che prendono parte quali esperti ai lavori del Gruppo in parola, hanno elaborato un progetto di direttiva concernente la produzione igienica del latte. Tale progetto è stato discusso presso la commissione ed in linea di massima approvato dalle delegazioni dei paesi comunitari.

3. - PRODOTTI DELLA PESCA.

Anche in questo particolare settore, il Ministero della Sanità ha fatto sentire la sua presenza inviando propri funzionari, particolarmente competenti, a convegni e congressi, dove sono stati dibattuti i problemi dei prodotti della pesca freschi, congelati e surgelati.

Di particolare interesse, infine, merita di essere segnalata la promulgazione della legge 3 maggio 1967, n. 273, con la quale viene istituito in Pescara un Istituto sperimentale per l'igiene ed il controllo veterinario della pesca.

La creazione del suddetto Istituto, che è l'unico esistente in Italia nel settore, acquista una preminente importanza per lo studio e le ricerche sulla produzione, commercializzazione e conservazione dei prodotti in argomento anche ai fini dell'attiva normativa di competenza di questo Ministero.

XI. - SERVIZI VETERINARI DI CONFINE

I Servizi veterinari di confine rappresentano certamente la punta avanzata dell'intera struttura del servizio: essi sono infatti istituzionalmente il filtro attraverso il quale una imponente quantità di animali vivi e prodotti animali penetra nel territorio nazionale dopo aver subito un controllo tale da garantire per quanto possibile il Paese dalla introduzione di forme infettive di qualsiasi genere e di far pervenire sul mercato alimenti di origine animale in perfette condizioni igieniche.

Nel triennio considerato il movimento di importazione, già elevato, ha conosciuto un ulteriore e notevole incremento generale anche se alcune voci sono quantitativamente in diminuzione. Il prospetto che segue riassume tutti i dati relativi, permettendo un preciso giudizio.

Risulta subito chiarissima la grande mole di lavoro svolto ai confini terrestri, marittimi ed aerei, spesso in proibitive condizioni ambientali, sotto l'urgenza del ritmo imposto dai traffici commerciali, con personale estremamente ridotto e mediante attrezzature decisamente deficitarie rispetto alle necessità. Soprattutto tra il 1966 ed il 1967 l'attività di controllo ha subito un sensibile aumento in relazione alla sempre più pressante richiesta del mercato interno. Valga a tale proposito il confronto per alcune voci fondamentali: nel 1967 sono stati controllati 1.270.167 bovini contro i 739.456 dell'anno precedente, 14.685.865 volatili ed animali da cortile contro gli 11.621.458 del 1966, 4.556.954 quintali di carni contro i 3.658.382 quintali sempre dell'anno precedente.

La visita ai confini è frequentemente integrata da prove diagnostiche e da esami di laboratorio che vengono eseguiti, a seconda delle necessità e dell'importanza dei problemi connessi, presso gli Istituti Zooprofilattici o loro sezioni diagnostiche o presso l'Istituto Superiore di Sanità. Ovviamente anche tali prove ed esami hanno conosciuto nel triennio un notevole incremento, non solo in proporzione all'aumento del lavoro ma anche in relazione alla necessità di esercitare un controllo ancora più severo e motivato. Tale controllo ha riguardato in particolare: prove allergo-diagnostiche per

la brucellosi degli ovini e dei caprini e per la morva degli equini; ricerca di salmonelle in vitelli e pulcini; esami sierologici per stabilire il grado di protezione immunitaria antiaftosa nei bovini; ricerca della sopravvivenza del virus aftoso e del virus pestoso nelle carni; ricerca di estrogeni nelle carni nonché nel latte e nei suoi derivati. Non è possibile riassumere in tabelle i dati relativi: gli interventi sono stati decisi, a seconda dei casi, dai veterinari di confine, dai veterinari provinciali o direttamente dalla Direzione Generale, operando secondo precise istruzioni opportunamente diramate dal Ministero.

In caso di esito sfavorevole dei controlli sono stati presi tutti gli opportuni provvedimenti, rappresentati a seconda dei casi da contestazione al Paese d'origine, respingimenti, distruzione, quarantena o rivaccinazione per gli animali fino all'emissione di opportuni divieti totali o parziali d'importazione.

Particolarmente severo è stato anche il controllo delle certificazioni di origine e sanità: in caso di irregolarità l'esecuzione di opportuni esami e l'adozione di provvedimenti come quelli sopra accennati sono stati applicati con fermezza. Giova riconoscere e segnalare che il rigore esercitato, pur determinando in alcuni casi situazioni di tensione sempre dominate, ha sollecitato sia negli operatori economici nazionali sia nelle stesse Autorità veterinarie dei Paesi d'origine un particolare interessamento volto ad effettuare spedizioni in condizioni di massima regolarità rispetto ai requisiti sanitari ed igienici richiesti dalla legislazione italiana. Evidentemente ciò comporta una maggiore garanzia globale ed entro certi limiti uno snellimento delle procedure al confine, tanto più necessario in funzione del già sottolineato ritmo di movimento. Ne consegue che i dati relativi a respingimenti e distruzioni non raggiungono espressioni numeriche particolarmente elevate: si sta in altre parole spostando le responsabilità delle perfette condizioni sanitarie verso i Paesi di origine, di modo che il controllo ai confini rappresenti in primo luogo la conferma o meno dell'esistenza delle garanzie richieste. Le tabelle che seguono sintetizzano i dati relativi.

A livello degli uffici centrali l'attività è stata egualmente intensa. Nel triennio sono state rilasciate, a norma dell'ordinamento vigente, n. 37.927 autorizzazioni sanitarie all'importazione, di cui 12.139 nel 1965, 11.742 nel 1966 e 14.046 nel 1967. Sempre nel triennio sono state rilasciate n. 165 autorizzazioni di transito. Non va dimenticato che le preventive autorizzazioni (per bovini e suini da allevamento e per carni fresche) non vengono più richieste per le provenienze comunitarie.

Quanto ai rapporti internazionali, è stato già fatto cenno agli accordi stipulati con numerosissimi Paesi esportatori, con tutto un complesso organizzativo volto soprattutto ad uniformare le garanzie d'origine con le pre-

Tabella n. 7.

Animali e prodotti di origine animale importati in Italia negli anni 1965, 1966 e 1967 sottoposti a controllo veterinario ai confini, ai porti e agli aeroporti

		1965	1966	1967
Animali vivi:				
Equini	N.	151.047	135.184	135.605
Bovini	»	795.440	739.456	1.270.167
Ovini e caprini	»	304.607	488.773	549.149
Suini	»	45.630	196.767	194.254
Cani e gatti	»	1.215	1.376	3.256
Volatili domestici ed animali da cortile	»	11.210.437	11.621.458	14.685.865
Selvaggina	»	112.069	63.807	48.652
Uccelli, mammiferi ed altri animali esotici od ornamentali	»	412.500	580.899	762.427
Altri (piccoli animali espressi in kg)	kg.	1.283	19.225	1.359
Uova da cova	N.	54.475.584	30.866.025	43.561.100
Prodotti di origine animale:				
Carni e frattaglie fresche, refrigerate o congelate	Q.	4.204.857	3.658.382	4.556.964
Carni salate, secche, affumicate o comunque preparate	»	126.574	122.380	128.990
Prodotti ittici freschi, refrigerati o congelati, salati, affumicati o comunque preparati	»	1.838.553	1.854.695	1.682.342
Grassi ed olii di origine animale	»	21.588	176.848	22.873
Latte e derivati	»	222.204	937.805	827.760
Avanzi di origine animale (budella, pelli, lane, peli, piume, grassi per uso industriale, sangue, ecc.)	»	4.684.945	4.601.600	4.627.596
Ghiandole ed organi uso opoterapico	»	10.232	11.519	12.792
Uova sgusciate	»	40.177	17.422	43.058
Mangimi, preparazioni alimentari per uso zootecnico e farine animali	»	1.048.431	1.210.837	1.295.640

TABELLA N. 8.

RESPINGIMENTI

		1965	1966	1967
Animali vivi:				
Equini	N.	—	18	—
Bovini	»	—	57	297
Suini	»	—	93	198
Volatili domestici ed altri animali da cortile	»	11.000	64.975	8.200
Selvaggina	»	100	1	—
Animali diversi selvatici o ornamentali	»	—	—	21
Prodotti di origine animale:				
Carni e frattaglie, fresche refrigerate o congelate	Q.	237	1.627	7.213
Carni preparate	»	74	—	360
Prodotti ittici e molluschi	»	—	—	62
Derivati del latte	»	—	308	0,14
Uova sgusciate	»	50	—	1.133
Mangimi	»	49	200	—
Avanzi di origine animale	»	31	—	—

scrizioni comunitarie. Ogni accordo raggiunto ha richiesto ovviamente la diramazione di tutte le opportune disposizioni agli uffici periferici.

Sono stati anche affrontati i problemi riguardanti l'esportazione di animali e soprattutto di prodotti animali verso Paesi stranieri (specialmente prodotti carnei) onde a nostra volta fornire le garanzie richieste e superare gli eventuali ostacoli frapposti. Tali questioni sono state particolarmente impegnative nel 1967 in relazione all'epizoozia di peste suina africana che ha ovviamente portato ad un irrigidimento nei confronti dell'Italia. Giova tuttavia sottolineare come resistenze ed ostacoli siano stati nei limiti del possibile superati, il che dimostra ancora una volta i rapporti di stima e rispetto esistenti con i Servizi Veterinari dei Paesi stranieri.

Imponente, come è intuibile, è stata l'attività normativa, soprattutto in relazione ai rapporti sanitari instaurati con i Paesi esportatori ed alla mu-

TABELLA N. 9.

DISTRUZIONI

		1965	1966	1967
Animali vivi:				
Equini	N.	115	195	253
Bovini	»	322	424	297
Ovini e caprini	»	346	664	1.185
Suini	»	133	93	232
Volatili domestici ed altri animali da cortile	»	63.913	53.349	15.399
Selvaggina	»	356	954	300
Animali diversi selvatici ed ornamentali	»	2.131	522	7.081
Prodotti di origine animale:				
Carni e frattaglie, fresche refrigerate o congelate	Q.	7.760	1.342	835
Carni preparate	»	654	585	14
Prodotti ittici e molluschi	»	1.492	951	1.599
Uova fresche e sgusciate	»	—	12	—
Grassi e burro	»	—	—	26
Derivati del latte	»	1	14	—
Pelli ed altri avanzi animali	»	13	131	—

tevolezza della situazione zoosanitaria internazionale. Non è qui possibile riassumere in poco spazio le centinaia di disposizioni emanate con circolari, ordinanze o decreti nell'arco del triennio in esame, anche perché in molti casi si è trattato di provvedimenti temporanei revocati al momento opportuno: sarà tuttavia utile elencare di seguito i provvedimenti di particolare importanza, riuniti quasi tutti nel 1967:

— divieto di importazione di equini ai fini della profilassi della peste equina (O.M. 25 marzo 1967);

— norme per la prevenzione della peste suina africana, da applicarsi nei confronti dell'Asia, dell'Africa, di Malta, di Cipro e della Penisola Iberica (O.M. 25 marzo 1967);

— norme per la prevenzione dell'afta epizootica da virus esotici, da applicarsi nei confronti dell'Asia, dell'Africa, dell'U.R.S.S., Turchia europea, Grecia e Cipro (O.M. 28 marzo 1967);

— disciplina dell'importazione del latte e delle creme di latte freschi o pastorizzati (O.M. 14 marzo 1966);

— disciplina dell'importazione di scimmie dall'Africa (O.M. 6 ottobre 1967).

Divieti particolari di importazione per la prevenzione di particolari malattie epizootiche (afta, peste suina africana, pleuropolmonite essudativa) sono stati presi nei confronti di molti Paesi tra cui Svizzera, Gran Bretagna, Paesi Bassi, Belgio, Repubblica Federale Tedesca, Francia. Altri divieti particolari sono stati emessi per bovini e relative carni essendo risultato l'avvenuto uso di estrogeni per l'ingrasso degli animali nonostante le garanzie richieste in tal senso dall'Italia ed in spregio delle stesse disposizioni esistenti nei Paesi di origine. Tali divieti, che interessavano Belgio, Paesi Bassi e Germania Occidentale sono stati poi revocati dopo che una serie di severi controlli di laboratorio e di trattative dirette aveva permesso di riavere le garanzie richieste.

E' stato poi emanato il decreto interministeriale 20 marzo 1967, che rinnova la disciplina dei servizi veterinari di confine, porto ed aeroporto fissando l'elenco dei posti di confine ove tale servizio è presente. Esso è assicurato da veterinari di stato dirigenti i rispettivi uffici in 10 confini terrestri, 9 porti, 3 aeroporti; dagli stessi per incarico, in 10 confini terrestri, 7 aeroporti e 2 dogane interne; dai veterinari provinciali competenti per territorio in 6 confini terrestri, 26 porti e 5 aeroporti; da veterinari comunali appositamente incaricati in 5 confini terrestri e 7 porti; dai veterinari provinciali competenti per territorio nelle dogane interne. Come si vede una rete estremamente articolata, cui spetta una azione di controllo tra le più delicate ed importanti tra quelle attribuite al servizio veterinario.

Non va poi dimenticata, tra le strutture destinate alla prevenzione delle malattie epizootiche, quella del Parco Quarantenario del Fusaro (Napoli) che, sotto la gestione tecnico - amministrativa della Stazione Zooprofilattica di Portici, costituisce un vero filtro sanitario per l'importazione di animali esotici in condizioni di perfetta sicurezza. Si sta svolgendo un'azione volta al suo ulteriore potenziamento, costituendo esso un dispositivo di sicurezza cui non si può assolutamente rinunciare.

Non può essere taciuto quale mole di lavoro sia affrontata dai veterinari di confine, in condizioni di estremo sacrificio fisico e di totale disagio: la mancanza gravissima di personale e l'assoluta inadeguatezza delle strutture creano situazioni di continua tensione e spesso di vera drammaticità. Il ser-

vizio viene sempre assicurato e nel migliore dei modi, ma a prezzo di un logorio umano veramente preoccupante.

Sono ben noti i problemi che l'Amministrazione Sanitaria deve e dovrà risolvere al più presto per il reclutamento di personale tecnico sia direttivo che esecutivo ed ausiliario: è chiaro che si tratta di una questione da giudicarsi globalmente e non settorialmente, restando però il fatto che il servizio veterinario di confine rappresenta forse una delle punte estreme della attuale situazione di profondo disagio.

Si rende intanto necessario operare per un miglioramento delle strutture, facendo per prima cosa leva sui fondi stanziati a tale scopo dal D.P.R. 30 dicembre 1965 n. 1701. Tali fondi sono amministrati dal Ministero dei Lavori Pubblici, cui pertanto è stato fornito un piano di massima, riguardante prioritariamente i confini di Prosecco, Albaro Vescovà, Ferneti, Gorizia, Pontebba, Fortezza, Brennero, Luino, Ventimiglia.

I relativi progetti sono in fase di elaborazione, e si spera quindi entro breve tempo di poter disporre di migliori attrezzature, in grado almeno di alleviare in parte il disagio esistente.

XII. - IGIENE DELLA PRODUZIONE ANIMALE

Nel triennio considerato si è sviluppata l'azione di vigilanza e controllo dei mangimi e degli integratori, secondo i criteri previsti dalla legge 15 febbraio 1963, n. 281. Per ciò che riguarda i soli uffici centrali della Direzione Generale, l'attività può essere riassunta con i seguenti dati:

Ditte autorizzate alla produzione di integratori

Anno 1964	N. 37
» 1965	» 90
» 1966	» 55
» 1967	» 22
Totale	N. 204

Numero delle domande di registrazione degli integratori, nei quattro anni: 2.000 circa.

Si è giunti attualmente ad una fase decisiva per l'applicazione della stessa legge: il Ministero della sanità, di concerto con i Dicasteri interessati, ha approntato l'elenco dei principi attivi consentiti nella preparazione degli integratori e le dosi minime e massime di ciascuno di essi in considerazione dell'impiego a cui sono destinati gli integratori medesimi nell'alimentazione

delle varie specie animali. Questo primo elenco disciplina l'uso delle vitamine, degli antibiotici e degli oligoelementi. Numerosi sono stati gli ostacoli da superare al riguardo e non solo di indole tecnica.

Sin dall'entrata in vigore della legge, i Ministeri interessati hanno provveduto a diramare numerose circolari per spiegare la portata di alcune disposizioni che non risultavano sufficientemente chiare e per colmare quelle lacune che impedivano una uniforme applicazione della legge stessa sia da parte degli operatori che degli Organi preposti alla vigilanza.

Sulla scorta delle esperienze di questi primi anni di applicazione, è stato approntato anche uno schema di disegno di legge, contenente opportune modifiche alla legge vigente, che è stato recentissimamente approvato dal Parlamento.

Si è tenuto conto, al riguardo, anche delle direttive in proposito della C.E.E.

L'innovazione più importante riguarda l'impiego dei *mangimi medicati* che permettono la profilassi collettiva di determinate malattie infettive ed infestive.

Naturalmente anche per i mangimi medicati il Ministero della Sanità si riserva di stabilire quali siano i principi da ammettersi nella loro preparazione e di fissarne le dosi minori e massime d'impiego.

In seguito a segnalazione che in talune province vengono usate direttamente dagli allevatori sostanze estrogene come fattori di crescita e di neutralizzazione sessuale negli animali le cui carni e prodotti carnei sono destinati all'alimentazione umana, si è ritenuto opportuno richiamare, con apposita circolare, l'attenzione di tutti i veterinari provinciali sulla necessità di intensificare la vigilanza onde impedire l'uso di tali sostanze, così come esplicitamente vietato dalla legge 3 febbraio 1961 n. 4. In particolare è stato previsto che vengano inviati campioni di mangimi all'Istituto Superiore di Sanità, incaricato di effettuare le relative ricerche. L'azione di vigilanza deve tenere conto che gli estrogeni, oltre che sotto forma di tavolette per innesto sottocutaneo, vengono usati sia mescolati ai mangimi, sia iniettati direttamente in soluzione oleosa, come si è avuto modo di appurare recentemente.

Un'azione particolare verrà svolta al fine di ricercare le salmonelle nei mangimi; metodi di analisi standard verranno quanto prima messi a punto e verranno effettuate da Istituti specializzati ricerche in tal senso. Analoghi sistematici controlli sono stati fatti per gli estrogeni, tireostatici ed altre sostanze non consentite nell'alimentazione animale.

Come è noto, nel settore dei prodotti medicinali per uso veterinario, la Direzione Generale dei Servizi Veterinari è chiamata ad esprimere il proprio parere tecnico sulla registrazione di specialità medicinali, presidi medicochirurgici e prodotti biologici. A proposito di questi ultimi si è intrapresa una azione sinergica con il Servizio Farmaceutico intesa ad accertare che tutti

i laboratori abbiano i requisiti previsti dalle norme vigenti. D'ora innanzi, il rilascio dell'autorizzazione a produrre prodotti biologici (sieri, vaccini), è subordinato all'esito favorevole di apposita ispezione, diretta ad accertare, in particolare, che gli Istituti produttori abbiano locali ed attrezzature in possesso di adeguati requisiti.

Per quanto riguarda i pesticidi si è in attesa delle decisioni che verranno adottate al riguardo in seno alla C.E.E. L'argomento, oltre ad essere di attualità, riveste particolare importanza per la ben nota questione dei residui nelle derrate alimentari sia di origine animale che vegetale.

Per ciò che concerne la fecondazione artificiale, l'andamento di tale pratica può essere facilmente desunto dalla apposita tabella. Rispetto al periodo precedente va sottolineata la diminuzione nel numero sia dei Centri tori che dei Centri di fecondazione artificiale: ciò è dovuto essenzialmente alla concentrazione delle iniziative, il che corrisponde ad una necessità pratica. Diminuisce anche il numero dei sottocentri aumentando quelle dei recapiti; stabile il numero dei veterinari, in leggero aumento quello delle inseminazioni. In generale se ne può ricavare un giudizio di stabilità: se non si può parlare di crisi del settore si può certo parlare di preoccupante staticità. Ciò è oggetto di vivacissimo dibattito in tutti i settori interessati, essendo ormai da tutti accettato come la fecondazione artificiale abbia una notevole capacità propulsiva della produzione zootecnica e della sanità animale.

Da più parti è stata avanzata, per superare l'impasse, la proposta di autorizzare all'inseminazione esperti non laureati: anzi giace al Parlamento una proposta in tal senso.

Sull'opportunità di tale iniziativa vi sono fondati dubbi: è necessario, infatti, non solo che tutte le operazioni relative alla diluizione, alla spedizione ed alla conservazione del materiale seminale avvengano col più assoluto rispetto della tecnica e delle norme igienico-sanitarie, ma è anche necessario fecondare bovine sane.

La deposizione del materiale seminale nella cervice uterina costituisce infatti l'epilogo di una serie di accertamenti sanitari diretti a controllare che l'animale recettore sia sano, nella piena accezione del termine e che sia nelle condizioni estrali favorevoli.

Queste valutazioni tecniche, effettuate al momento della deposizione del seme nella cervice uterina, presuppongono un corredo di nozioni scientifiche possedute soltanto da un laureato in veterinaria, trattandosi in definitiva di compiere una vera e propria diagnosi. Tra l'altro l'accertamento da parte del veterinario operatore di forme morbose infettive contagiose assume notevole importanza per la sollecita adozione delle prescritte misure profilattiche.

Particolare attenzione è stata dedicata all'impiego del seme congelato, soprattutto proveniente dall'estero. Va sottolineato, inoltre, che gli interventi di fecondazione artificiale rivestono un interesse pubblico notevole, e, pertanto,

si dovrà agire in questo senso, predisponendo appositi piani di intervento nel settore. A questo proposito dovranno essere interessati gli Enti locali (come già avviene lodevolmente in alcune province).

Il Ministero non è alieno dal prendere in considerazione la possibilità di assegnare un congruo sussidio ai comuni interessati, nel quadro del potenziamento del Servizio Veterinario.

Recentemente si è provveduto ad informare i veterinari provinciali del parere del Consiglio di Stato in merito all'illegittimità dell'art. 4 comma 2 del D.P.R. 26 gennaio 1958, n. 1256; secondo tale parere il veterinario comunale oltre a non poter essere interessato alla direzione ed alla gestione di centri di produzione di materiale seminale, dei centri di fecondazione, dei recapiti, non può parimenti essere dirigente o gestore di sottocentri.

Non si può, infatti, consentire che il veterinario comunale sia interessato ad un'attività organizzata, che ha innegabilmente aspetti commerciali, come una forma imprenditoriale, soggetta, per quanto attiene ai fini sanitari, alla vigilanza del Ministero della Sanità.

Ad ogni buon conto i tempi appaiono maturi per una revisione delle norme che disciplinano il settore.

Tabella n. 10.

Fecondazione artificiale

Anno	N. Centri F.A.	N. Centri Tori	N. Tori	N. Recapiti	N. Sottocentri	Veterinari autorizzati	Bovine inseminate
1963	108	57	989	47	1.277	2.126	1.051.237
1964	95	52	1.025	61	1.104	2.273	1.156.185
1965	96	45	1.075	85	1.021	2.289	1.136.649
1966	89	44	1.010	74	831	2.279	1.176.405

La proposta di rimuovere l'obbligo per i veterinari di essere in possesso di un particolare diploma per la pratica della fecondazione artificiale appare meritevole di accoglimento, ritenendosi sufficiente e valida l'abilitazione professionale conseguita.

Occorre, inoltre, liberalizzare e incrementare al massimo la fecondazione artificiale a domicilio; in questo modo si viene incontro alle moderne esigenze del mondo rurale.

XIII. - ENTI VIGILATI

Si è già accennato di volta in volta, nelle pagine che precedono, quale sia l'insostituibile funzione degli Istituti Zooprofilattici a completamento dell'azione dei Servizi Veterinari sia sul piano dell'attività diagnostica sia su quello della ricerca applicata e della produzione.

I dieci Istituti (Piemonte e Liguria; Lombardia ed Emilia; Venezie; Teramo; Lazio e Toscana; Umbria e Marche; Mezzogiorno; Foggia; Sicilia; Sardegna) con le loro dodici sedi (due Istituti hanno doppia sede) e le loro 62 sezioni diagnostiche coprono ormai la quasi totalità del territorio nazionale, come può essere osservato nel grafico allegato. Gli accertamenti diagnostici gratuiti sono stati così ripartiti nel triennio considerato:

1965	2.593.586
1966	2.654.529
1967	2.305.928

Ad essi vanno aggiunte alcune decine di migliaia di sopralluoghi negli allevamenti, pure gratuiti. Tale attività è stata parzialmente sostenuta sul piano finanziario — a norma dell'ordinamento vigente e secondo le disponibilità del bilancio — dall'Amministrazione sanitaria.

Dal punto di vista produttivo gli Istituti hanno provveduto ad introdurre una metodica standardizzata per la preparazione del vaccino antiaftoso, creando altresì appositi laboratori a ciclo chiuso (Torino, Padova, Brescia, Roma, Portici, Perugia, Teramo, Palermo) per la produzione del relativo virus: tali laboratori sono stati giudicati idonei da una apposita commissione composta da virologi universitari, da ricercatori veterinari dell'Istituto Superiore di Sanità e da funzionari veterinari di questa Direzione Generale. Sono state inoltre messe a punto e standardizzate le tecniche per la produzione di virus attenuato per l'allestimento di vaccino contro la peste suina classica. Agli Istituti Zooprofilattici, oltre che all'Istituto Superiore di Sanità, è stato inoltre affidato il compito della ricerca dei virus e delle sostanze estrogene nelle carni importate dall'estero.

Non è possibile riassumere l'intensa attività di ricerca scientifica svolta dagli Istituti, che si concretizza in centinaia di pubblicazioni e nella partecipazione a numerosi Congressi nazionali o internazionali. Merita piuttosto sottolineare la creazione di Centri studio specialistici destinati sia alla ricerca che alla diagnostica. In particolare i seguenti:

— Centro studi per le malattie dei pesci;

— Centro studi per le malattie da carenza e la vitaminologia;

— Centro di radiobiologia veterinaria;

— Centro studi e ricerche di patologia aviare;

Grafico 2. - Istituti zooprofilattici.

— Centri di fecondazione artificiale (ove si svolge, oltre l'attività propriamente zootecnica, una intensa attività di studio e ricerca nel settore della patologia infettiva della sfera genitale).

In questi ultimi anni è stata sempre maggiormente sentita la necessità che gli Istituti fossero meglio qualificati, maggiormente coordinati, ulteriormente potenziati, più chiaramente inseriti nella complessiva attività dell'Amministrazione sanitaria pur riconoscendo alcune fondamentali autonomie. E' stato pertanto predisposto un apposito disegno di legge di iniziativa governativa che regolamenta compiutamente il settore colmando l'attuale vuoto legislativo.

XIV. - RICERCA SCIENTIFICA

Oltre a quanto spetta all'Istituto Superiore di Sanità (cfr. relativo capitolo) la Direzione Generale dei Servizi Veterinari ha stimolato e sostenuto nel triennio numerose ricerche, i cui risultati vengono utilizzati anche ai fini dell'azione dell'Amministrazione nello specifico settore. Sinteticamente:

1) Indagini di routine:

a) ricerche sulla presenza di virus patogeni nelle carni importate dall'estero;

b) ricerche sulla carica microbica delle carni tritate;

c) ricerche sulla presenza di sostanze estrogene nelle carni importate dall'estero.

2) Indagini applicate:

a) studio sulla vaccinazione antibrucellare degli ovini e caprini, con realizzazione di piani sperimentali in determinati comprensori.

3) Ricerche originali:

a) ricerche sulla decontaminazione delle farine animali per l'alimentazione del bestiame con ossido di etilene;

b) indagine sulla determinazione dei residui di antiparassitari negli alimenti di origine animale;

c) ricerche sulla sopravvivenza dei virus nei prodotti opoterapici;

d) ricerche sullo standard di classificazione igienico-sanitaria del latte alla produzione;

e) indagine sulla presenza di salmonelle nelle carni di pollame, equini e suini;

f) studi di patologia aviare;

g) studi sulle malattie dei conigli;

h) studi sulle malattie da carenza del pollame;

i) indagini sulla diffusione delle leptospirosi animali in Sicilia.

Nel 1967 è stato approntato un preciso organigramma di ricerche ed indagini, di cui è stata avviata la realizzazione con la concessione dei primi contributi. Sinteticamente:

a) indagine statistica sulla presenza di salmonelle nelle farine animali importate dall'estero;

b) ricerca sulle metodiche di analisi per gli additivi nei mangimi per gli animali;

c) indagine sui residui biologici negli alimenti di origine animale;

d) indagine sull'influenza dei fattori igienico-sanitari sui costi di produzione e distribuzione delle carni;

e) indagine sui tempi di esecuzione della metodica ispettiva degli animali da macello;

f) ricerca sulla presenza di germi sarcotossici nelle carni di pollame;

g) ricerca sulla presenza di virus patogeni per i suini negli insaccati e nelle altre carni preparate;

h) ricerche sulla idatidosi in Sardegna e nell'Italia Centrale;

i) ulteriori ricerche sulle leptospirosi animali in Sicilia.

E' da sottolineare che con tale organigramma si è inteso dare alla ricerca scientifica direttamente sostenuta dal Ministero della Sanità una precisa dimensione programmatica onde togliere agli interventi finanziari ogni carattere di episodicità. Il piano di ricerca sopra riassunto interessa cinque diversi Istituti Zooprofilattici e sette Istituti o Centri di ricerca universitari. E' chiaro come con tale nuova impostazione si voglia dare alla ricerca scientifica il posto e l'importanza che le compete al fine di orientare la normativa dei singoli settori e gli interventi della Pubblica Amministrazione.

SERVIZIO FARMACEUTICO

In corrispondenza ai compiti istituzionali di questa Direzione Generale, si riferisce sull'attività svolta nel periodo 1965-1967, in rapporto allo stato sanitario del Paese.

Devesi premettere che i servizi di competenza di questa Direzione Generale investono principalmente i medicinali e le specialità medicinali, gli stupefacenti ed ogni altro prodotto farmaceutico, i presidi medici e chirurgici, le farmacie e la pubblicità sanitaria.

I - MEDICINALI E SPECIALITA' MEDICINALI

La vigilanza sui medicinali e sulle specialità medicinali ha impegnato, soprattutto, l'attività della Direzione Generale del Servizio Farmaceutico.

Secondo la vigente legislazione, per medicinale si intende qualunque sostanza, semplice o composta, a dose o forma di medicamento, sia preparata dal farmacista che industrialmente.

Dai medicinali, in senso stretto, si distinguono le specialità medicinali, preparate a forma o dose di medicamento secondo formula prestabilita, contenute in involucri o recipienti pronti per la vendita e chiusi in modo che non sia possibile apportarvi modificazioni.

Secondo le norme del regolamento 3 marzo 1927, n. 478, costituiscono specialità medicinali anche i prodotti terapeutici a forma o dose di medicamento che potrebbero essere preparati dal farmacista, quando essi siano preparati nel modo suindicato, o sia ad essi fatta pubblicità, o venga ad essi assegnato un nome speciale costituente marchio di fabbrica, anche se in tal caso non siano a forma o dose di medicamento.

1. - Revisione della farmacopea e della tariffa dei medicinali.

La Farmacopea Ufficiale è approvata dal Ministero della Sanità ed è soggetta a revisione ogni cinque anni. Essa costituisce l'elenco delle sostanze medicinali e deve indicare con speciale contrassegno quelle di cui le farmacie hanno l'obbligo di essere provviste. Deve inoltre indicare gli apparecchi e gli utensili indispensabili in ciascuna farmacia; le sostanze che debbono essere tenute in armadio chiuso e quelle che debbono essere tenute al riparo della luce; le dosi dei medicamenti oltre le quali il farmacista non

può fare la spedizione salvo dichiarazione speciale del medico; tutte le indicazioni ritenute opportune per meglio regolare l'esercizio pratico della farmacia. Alla Farmacopea sono, poi, allegati l'elenco dei prodotti che il farmacista non può vendere se non in seguito a presentazione di ricetta medica e l'elenco dei prodotti la cui vendita è subordinata a presentazione di ricetta medica rinnovata volta per volta e da trattenersi dal farmacista.

L'ultima Farmacopea Ufficiale pubblicata è stata approvata con D.M. 28-7-1965 ed è entrata in vigore l'8-2-1966.

La Commissione permanente per la revisione e la pubblicazione della Farmacopea Ufficiale, istituita con legge 9 novembre 1961, n. 1242, ha approntato il 1° supplemento della F.U. VII edizione, il cui testo è stato già approvato con D.M. 25-11-1967 e stampato a cura dell'Istituto Poligrafico dello Stato.

Le tariffe dei medicinali erano stabilite per ciascuna provincia dal Medico Provinciale, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità. Con legge 9 ottobre 1964, n. 290, pubblicata dalla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre stesso n. 265, ed entrata in vigore il 12 novembre successivo, sono stati modificati il primo ed il secondo comma dell'art. 125 del T.U. delle leggi sanitarie nel senso che alla determinazione e pubblicazione della tariffa di vendita dei medicinali provvederà, almeno ogni due anni, questo Ministero, sentito il parere della Federazione degli Ordini dei Farmacisti, in relazione alle fluttuazioni dei costi di produzione. La Commissione Consultiva per la revisione della tariffa ufficiale dei medicinali ha portato a termine lo studio sulla « Tariffa Nazionale dei Medicinali », la quale, dopo il parere espresso da detta Commissione, è stata approvata con D.M. del 15 giugno 1966 pubblicato sulla G.U. del 9 agosto 1966. La Commissione, inoltre, prosegue nei lavori per l'aggiornamento della tariffa dei medicinali.

2. - Officine di produzione e depositi all'ingrosso.

La legge sanitaria sottopone ad autorizzazione ministeriale l'apertura delle officine per la produzione di sostanze chimiche usate in medicina e di preparati galenici e delle officine per la produzione di specialità medicinali.

L'autorizzazione è concessa, previo accertamento dell'idoneità tecnica dell'officina a condizione che la responsabilità della produzione sia assunta in modo continuativo da un direttore tecnico qualificato. Le officine autorizzate sono tenute sotto vigilanza sia mediante ispezioni agli impianti sia mediante controllo dei relativi prodotti.

Sono state concesse, complessivamente, nel periodo in esame, n. 370 autorizzazioni e ne sono state revocate, su domanda e d'ufficio, n. 181.

E' stato intensificato il servizio ispettivo ai fini della vigilanza delle

officine di produzione e dei depositi o magazzini ove si esercita il commercio all'ingrosso dei prodotti farmaceutici. Al riguardo sono stati disposti cicli di ispezione in « équipe » praticati nelle officine di prodotti chimici usati in medicina, preparati galenici, specialità medicinali, sieri, vaccini e prodotti assimilati, al fine non solo di rilevare le manchevolezze più gravi emergenti, ma soprattutto di ispirare ai titolari delle officine stesse un senso di collaborazione tra l'Autorità sanitaria e l'industria; collaborazione che si traduce in un ammodernamento degli impianti e una corrispondenza alla migliore produzione del farmaco. Sono state a tutt'oggi effettuate 497 ispezioni.

3. - Registrazione delle specialità medicinali.

Come si è detto, costituisce specialità medicinale qualsiasi prodotto terapeutico a dose o forma di medicamento preparato in confezioni sigillate o quando ad esso sia fatta pubblicità o quando sia ad esso assegnato un nome speciale costituente marchio di fabbrica, anche se in tal caso il prodotto non sia a forma o dose di medicamento. Inoltre si considerano specialità medicinali le preparazioni dietetiche, i prodotti per la cosmetica e i prodotti igienici in genere, qualora siano ad essi attribuiti effetti terapeutici. Rientrano perciò tra le specialità medicinali, in quanto rispondono alle condizioni predette, anche i sieri, i vaccini, i virus, le tossine, i prodotti opoterapici, i fermenti solubili ed organizzati, i prodotti biologici e tutti gli altri prodotti assimilati.

La legge richiede, oltre alla menzionata autorizzazione per le officine di produzione, anche l'autorizzazione per la produzione e messa in commercio di ogni singola specialità medicinale. Questa ultima autorizzazione è concessa dal Ministero con la registrazione della specialità

Devesi anzitutto rilevare che in questi ultimi anni i provvedimenti relativi alla registrazione delle specialità medicinali hanno subìto una rilevante diminuzione numerica rispetto agli anni antecedenti al 1962. Il Ministero, prima di concedere la registrazione, procede ad un esame approfondito specie quando trattasi di ritrovati nuovi, richiedendosi alle ditte relazioni sperimentali intese non solo a comprovare le proprietà terapeutiche, ma soprattutto a dimostrare la loro innocuità sia dal punto di vista farmacologico che tossicologico.

Inoltre questa Direzione Generale si è particolarmente occupata del ravvicinamento e coordinamento della vigente disciplina sulla produzione e commercio delle specialità medicinali con quella dei cinque Paesi membri della Comunità Economica Europea. Il Consiglio dei Ministri della C.E.E. il 26-1-1965 ha già approvato una prima direttiva sulle specialità medicinali, mentre una seconda direttiva, che concerne i controlli delle specialità

stesse, trovasi all'esame di detto Consiglio e potrebbe essere prossimamente approvata non appena saranno superate le ultime difficoltà determinate soprattutto dalla diversa legislazione vigente nei Paesi membri della C.E.E.

La prima direttiva C.E.E. sulle specialità medicinali tratta particolarmente della autorizzazione alla loro immissione in commercio e nel suo complesso ricalca in buona parte la vigente disciplina nazionale, dalla quale si discosta per le seguenti più importanti innovazioni:

a) la definizione di specialità medicinale comprende sia i prodotti ad azione terapeutica che ad azione profilattica, nonché quelli destinati a stabilire una diagnosi medica o a ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo e dell'animale;

b) sono richieste prove più rigorose per la autorizzazione dei nuovi farmaci, mentre i farmaci già noti potranno essere autorizzati sulla base di una documentazione bibliografica, salvo in ogni caso, la produzione delle prove di analisi fisico-chimiche, biologiche o microbiologiche;

c) saranno escluse dalle etichette le indicazioni terapeutiche allo scopo di evitare l'autocura da parte dei malati;

d) la validità dell'autorizzazione all'immissione in commercio ha la durata di cinque anni, salvo rinnovo su domanda dell'interessato;

e) tutte le precedenti autorizzazioni concesse prima dell'entrata in vigore delle nuove norme dovranno essere rivedute secondo le nuove procedure.

La seconda direttiva C.E.E. di cui è cenno, che concerne particolarmente i controlli delle specialità medicinali, rinvia ad apposite norme e protocolli ancora da elaborare, che dovranno presiedere alle sperimentazioni dei farmaci.

Gli studi per l'elaborazione di dette norme e protocolli sono stati già iniziati in sede comunitaria ed ad essi partecipano anche nostri esperti specializzati.

Collateralmente alle direttive concernenti le specialità medicinali, altre direttive sono in corso di elaborazione presso la C.E.E. in materia di coloranti da impiegare nella fabbricazione dei medicamenti e di pubblicità delle specialità medicinali, in materia di diritto di stabilimento del farmacista e delle attività industriali e commerciali nel settore farmaceutico.

Alcune di tali direttive hanno già superato l'esame della Commissione, del Comitato Economico Sociale e del Parlamento della C.E.E., e quindi potrebbero essere approvate dal Consiglio entro breve termine.

Inoltre, questa Direzione Generale sta proseguendo nella revisione, iniziata nel dicembre del 1966, delle specialità medicinali registrate fino a tutto il 1955, nell'intento di eliminare le specialità terapeuticamente superate e di adeguare le indicazioni terapeutiche alle attuali conoscenze.

Con la circolare n. 50 del 1° aprile 1965 sono state impartite istruzioni di carattere prevalentemente chimico-farmaceutico sulle modalità di compilazione delle domande di registrazione delle specialità medicinali riguardanti la composizione, la preparazione, nonché le modalità della compilazione dei metodi analitici delle specialità medicinali. A completamento di quanto previsto dalla circolare n. 50 in data 30-3-1967 è stata diramata la circolare n. 54 *bis* che detta nuove norme sull'istruttoria tecnica delle domande di registrazione delle specialità medicinali. Tale importante circolare riguarda le modalità delle esperimentazioni farmacologiche e cliniche che vengono presentate dalle ditte a corredo delle domande di registrazione delle specialità. Essa porta numerose innovazioni alla procedura finora adottata e rappresenta anche un notevole avvicinamento alle disposizioni della prima direttiva C.E.E.

A seguito di notizie apprese dalla letteratura medica riguardanti malformazioni sperimentalmente provocate negli animali da alcuni derivati del difenilmetano, sono state impartite istruzioni alle ditte produttrici per disciplinare la messa in commercio delle specialità medicinali contenenti idrosizina, meclizina, ciclizina, clorciclizina, buclizina, per le quali è stato ordinato alle ditte interessate di riportare sulle etichette l'avvertenza relativa alla vendita al pubblico subordinata all'obbligo della presentazione di ricetta medica ed è stato posto il divieto dell'impiego in gravidanza accertata o presunta.

Particolarmente importante è stato lo studio dei pericoli connessi con l'uso di specialità medicinali a base di Vitamina B1 o derivati per via parenterale. In considerazione dei gravi incidenti verificatisi in soggetti sottoposti a tale terapia sono state diramate la circolare n. 24 del 19-2-1966 e la circolare n. 141 del 7-9-1966 con le quali si è disposto quanto segue:

a) è stato proibito l'uso dei prodotti a base di Vitamina B1 per via endovenosa ad eccezione dei preparati da usare per fleboclisi quando la suddetta vitamina non supera la dose di mg 10/litro;

b) è stato prescritto che i preparati per via endomuscolare, quando la dose di Vitamina B1 supera i 30 mg., siano usati sotto il diretto controllo del medico ed è stata inoltre subordinata la vendita al pubblico all'obbligo della presentazione di ricetta medica;

c) è stato ordinato alle ditte interessate di riportare sul foglietto illustrativo di tutti i prodotti contenenti Vitamina B1 o derivati una avvertenza che richiama l'attenzione del medico e dei pazienti sui pericoli connessi con l'uso di tali prodotti.

Numerosi altri sono stati i problemi posti allo studio per i quali sono stati adottati dei provvedimenti nell'interesse della sanità pubblica. Basti ricordare per brevità i seguenti: problema delle specialità medicinali anti-

reumatiche contenenti fenilbutazone e altri pirazolonici per via intramuscolare e relazione con casi di infezione tetanica, specialità medicinali a base di farmaci « anti-MAO » (antimonoaminoossidasici) e loro controindicazioni, specialità medicinali contenenti dinitrile succinico e loro sospetta epato- e nefro-tossicità, specialità medicinali contenenti uretano etilico quale solubilizzante di taluni farmaci e sua potenziale azione oncogena.

Nel settore della produzione farmaceutica biologica è stato compiuto un approfondito esame tecnico di numerosi problemi d'ordine generale dei quali si citano brevemente i più importanti.

1) *Definizione e titolazione degli estratti d'organo.*

Sono stati condotti studi sulla possibilità di caratterizzare, sia dal punto di vista chimico (in base alle più moderne tecniche analitiche) che da quello dell'attività farmacodinamica, alcuni dei più importanti estratti d'organo, in ordine alla necessità di eseguire su di essi dei controlli attendibili.

Mentre per gli estratti epatici antitossici e per il lipocaic il problema è tuttora allo studio data la grande complessità dell'argomento, per gli estratti corticosurrenali sono state raggiunte delle conclusioni che hanno permesso di richiedere alle ditte interessate dei sistemi di titolazione più soddisfacenti. Per tutti i prodotti a base di estratti epatici è comunque in corso l'adeguamento alle norme della F.U. VII edizione.

2) *Definizione dell'attività androgena degli steroidi anabolizzanti.*

L'Ufficio si è vivamente preoccupato di stabilire per gli steroidi anabolizzanti i dosaggi sicuramente non virilizzanti nelle donne e nei bambini e nello stesso tempo effettivamente proteino-anabolizzanti. A tale scopo è stata emanata apposita circolare.

3) *Razionalità delle associazioni di antibiotici.*

Allo stato attuale delle conoscenze le associazioni di antibiotici debbono essere sottoposte a totale revisione, sia in base a criteri di ordine microbiologico (dimostrazione del sinergismo o quanto meno della mancanza di antagonismo) che di natura farmacocinetica (distribuzione delle sostanze associate nei vari tessuti e liquidi organici). In tale senso si è anche espresso il Consiglio Superiore di Sanità.

Tale lavoro — la cui difficoltà e complessità è ben facilmente intuibile — è stato già iniziato per alcuni tipi di associazioni antibiotiche. In particolare, è stata ampiamente studiata l'associazione tra penicillina e tetraciclina e quella degli antibiotici con i balsamici, antiflogistici, ecc. e le conclusioni di tali studi sono state portate a conoscenza della Commissione tecnica Consultiva e del Consiglio Superiore di Sanità.

4) *Effetti tossici e allergici da prodotti biologici.*

Particolare cura è stata posta nell'esame dei fenomeni di sensibilizzazione provocati dagli enzimi proteolitici e da alcuni antibiotici; in ciascuna occasione sono stati attuati i provvedimenti del caso consistenti nelle necessarie limitazioni all'uso di tali sostanze.

5) *Titolazione degli enzimi di più comune impiego terapeutico.*

Questo problema — tutt'ora allo studio — ha vivamente preoccupato questo Ufficio per la necessità di definire con unità note ed universalmente accettate le varie preparazioni enzimatiche allo scopo di permettere una chiara valutazione comparativa della reale attività enzimatica dei vari prodotti anche in ordine alla necessità per gli Uffici competenti di una corretta valutazione dei costi.

6) *Elaborazione delle metodiche di controllo per nuovi vaccini a virus vivi attenuati.*

Si è curata la elaborazione delle norme relative al controllo del vaccino antimorbilloso a virus vivo attenuato, che saranno sottoposte all'esame del Consiglio Superiore di Sanità.

Come è noto, per l'accertamento dei requisiti tecnici delle specialità medicinali funziona apposita Commissione Consultiva, formata da funzionari tecnici ed esperti, la quale, nel periodo 1965-1967, ha esaminato ed espresso il proprio parere in merito alle domande di registrazione di nuove specialità medicinali, di serie o categorie o variazioni di composizione di specialità già registrate.

La Commissione ha esaminato complessivamente n. 1234 domande di registrazione di specialità medicinali, esprimendo parere favorevole per n. 698 domande e parere non favorevole per n. 536 domande.

L'Ufficio si è occupato dell'organizzazione di Comitati di esperti costituiti — come da direttive dell'On.le Ministro — da funzionari del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità e da esperti delle Società scientifiche di volta in volta interessate e dell'Industria Farmaceutica. Questi Comitati hanno avuto il compito di preparare documenti contenenti le vedute scientifiche italiane riguardo alle sperimentazioni chimiche e farmacologiche delle specialità medicinali ed alle loro modalità generali di esecuzione. I suddetti documenti hanno costituito la base delle proposte avanzate dai delegati italiani in seno alle rispettive Commissioni tecniche della C.E.E. incaricate di uniformare, per quanto possibile, le richieste relative ai protocolli sperimentali delle specialità medicinali fra i diversi stati membri.

L'Ufficio ha svolto inoltre la ordinaria attività di raccolta delle segnalazioni di effetti tossici e collaterali da farmaci provenienti sia dagli Ospedali Italiani, che dalla letteratura medica internazionale.

Ciò premesso, si riportano qui di seguito i dati relativi ai provvedimenti di autorizzazione o di diniego o revoca di autorizzazione emessi nel periodo in esame, comprensivi di quelli relativi a nuove serie o categorie o variazioni di composizione, non sottoposti al parere della Commissione Consultiva, ma esaminati ed emessi di Ufficio:

Decreti di registrazione di nuove specialità	n.	514
Decreti di registrazione di nuove categorie . . .	»	415
Decreti di registrazione di nuove serie	»	212
Decreti di registrazione di variazione di composizione .	»	380
Decreti di trasferimento di registrazione ad altra ditta	»	1070
Decreti di autorizzazione al cambio di officina farmaceutica di produzione	»	204
Decreti di autorizzazione al trasferimento di rappresentanza delle specialità medicinali di produzione estera	»	95
Decreti di diniego di registrazione	»	162
Decreti di revoca di registrazione su rinuncia . . .	»	2706
Decreti di revoca di registrazione d'Ufficio . . .	»	156

A tutto il 31-12-1967 risultano registrate n. 15.324 specialità medicinali per uso umano, di cui n. 14.132 di produzione nazionale e 1.192 di produzione estera, e n. 1.173 specialità per uso veterinario, di cui n. 1.009 di produzione nazionale e n. 164 di produzione estera, e cioè complessivamente n. 16.497 specialità medicinali registrate.

Le ditte occupate nella produzione di medicinali (specialità medicinali, preparati galenici e prodotti chimici usati in medicina) risultano essere 1.019.

4. - Prezzo delle specialità medicinali.

Per la determinazione del prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali il Ministero si avvale di una apposita Commissione Consultiva.

La Commissione ha determinato i prezzi per complessive n. 2.023 specialità medicinali per complessive confezioni n. 3778.

Su richieste delle ditte interessate sono stati esaminati e trasmessi al CIP gli atti relativi ad aumenti del prezzo per 515 specialità medicinali per complessive confezioni n. 842. E' stato effettuato, inoltre, il riesame di prezzi di specialità medicinali autorizzate, approntando un vasto programma di riduzione degli stessi: infatti sono stati trasmessi al CIP numerosi gruppi di elenchi di specialità medicinali di largo consumo, per le quali si era rilevata una notevole riduzione del costo delle materie prime. Dette riduzioni si riferiscono complessivamente a n. 557 specialità medicinali per complessive confezioni n. 1248.

Sono state richieste spontaneamente dalle ditte riduzioni di prezzo per 132 specialità per complessive 183 confezioni.

5. - CONTROLLO SUI MEDICINALI.

Oltre alla preventiva autorizzazione per la apertura di officine di prodotti chimici usati in medicina e di preparati galenici e di quelle per la produzione di specialità medicinali, alla preventiva autorizzazione per la produzione e commercio di ogni singola specialità medicinale, all'obbligo per le officine di essere dirette da un tecnico avente determinati titoli e requisiti, oltre all'analogo obbligo per i magazzini o depositi ove si esercita il commercio all'ingrosso di medicinali, al controllo sperimentale esercitato direttamente dallo Stato, in molti casi, ai fini della registrazione delle specialità medicinali, all'obbligo della vendita al pubblico esclusivamente per mezzo delle farmacie, oltre alle norme sulla vendita di veleni e quelle concernenti gli stupefacenti (di cui si dirà in appresso), continua vigilanza viene esercitata sulla qualità e sugli effetti terapeutici dei medicinali, seguendo in proposito qualsiasi fonte di informazione, effettuando ispezioni alle officine ed alle farmacie e prelevando campioni dal commercio per sottoporli ad analisi presso l'Istituto Superiore di Sanità o presso i Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi meglio attrezzati.

Sono stati sottoposti a controllo n. 3455 prodotti farmaceutici (specialità medicinali, galenici, prodotti biologici): i controlli eseguiti hanno dato esito non favorevole in 679 casi sui 3455 esaminati.

Oltre ai normali compiti connessi alle norme di legge che prevedono l'obbligo di sottoporre a controllo di Stato numerosi prodotti (vaccini, sieri, catgut, curarici, ecc.) questa Direzione Generale ha predisposto il decreto concernente il controllo preventivo obbligatorio del vaccino antitracomatoso inattivato (D.M. 17 luglio 1967, pubblicato nella G.U. n. 256 del 13-10-1967).

Attualmente sono in corso ulteriori intese con l'Istituto Superiore di Sanità al fine di proporre al Consiglio Superiore di Sanità un aggiornamento dei prodotti soggetti a controllo di Stato, partita per partita, nel senso che dovrebbero essere esclusi da tale controllo certi sieri e vaccini (per esempio, siero e vaccino conro il malrossino, vaccino contro il vaiolo ovino, siero antiperitonitico); altri sieri e vaccini dovrebbero invece essere sottoposti al suddetto controllo (per esempio, vaccino antipertossico, vaccino antimorbilloso, sieri antibotulinici, vaccini antitubercolari preparati con germi vivi, vaccino antirabbico per uso umano, vaccini antirabbici tipo Flury per uso veterinario, vaccino e siero della peste suina, ecc.; nonché tutti i sieri e tutti gli antigeni di origine microbica o virale destinati alla diagnostica).

Un particolare cenno merita la revisione in corso del D.M. 10-8-1962 sulla registrazione e controllo di Stato del vaccino antipoliomielitico orale tipo Sabin.

Nel triennio 1965-67 sono state, inoltre, effettuate indagini su particolari gruppi omogenei di medicinali, demandandone il controllo all'Istituto Superiore di Sanità. Si citano tutte le specialità medicinali a base di:

— UTP e ATP;
— Strofantina G.;
— Tetraciclina gocce;
— Vitamina B 12 ritardo; Cicloserina;
— Clorofilla;
— 1-Glutamina;
— Cloruro del Sale di calcio della fosforilcolina;
— Sulfacetamide sodica (collirio);
— Kanamicina;
— Progestinici per via orale;
— Vitamina B 1 + Verotropina in soluzione;
— Vitamine del Gruppo B + C fiale.

Si è provveduto, infine, d'intesa con l'Istituto Superiore di Sanità, a prelevare dal commercio tutte le specialità medicinali contenenti Vit. B 12 e tetraciclina per un totale di oltre 3000 campioni che potranno essere controllati nel giro di pochi mesi dall'Istituto Superiore di Sanità, grazie al nuovo sistema di automatizzazione dei controlli messo a punto da detto Istituto.

In base alle informazioni sugli effetti dei medicinali e sui risultati dei controlli eseguiti, sono stati effettuati:

n. 16 sequestri di medicinali per controllo non favorevole;
n. 52 sequestri di medicinali per commercio abusivo.

Sono state presentate all'Autorità giudiziaria n. 132 denunce, delle quali 93 per controllo non favorevole e 39 per commercio abusivo o per altre infrazioni alle norme sanitarie.

II. - PRESIDI MEDICI E CHIRURGICI

A norma dell'art. 189 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, la produzione ed il commercio dei presidi medici e chirurgici sono soggetti ad autorizzazione del Ministero, che la concede con decreto di registrazione, previo accertamento della idoneità tecnica dell'officina di produzione e avuto riguardo alla destinazione, alle proprietà caratteristiche e al metodo di impiego dei presidi stessi.

Nel periodo 1965-1967 sono state emesse complessivamente n. 602 registrazioni di presidi medici e chirurgici.

A tutto il 31 dicembre 1967 i presidi medici e chirurgici registrati ammontano a n. 5.286. Sono state revocate complessivamente, con motivazioni diverse n. 12 registrazioni; sono state respinte n. 40 domande di registrazione; sono stati emessi n. 100 decreti di variazione (composizione, proprietà, denominazione).

E' stata sottoposta al parere del Consiglio Superiore di Sanità la questione relativa all'impiego limitato e controllato di alcuni clororganici ciclodienici che presentano particolare persistenza e pericolosità di impiego: a seguito di detto parere si è predisposto un decreto ministeriale che limiterà l'impiego di detti clororganici solo alla disinfestazione del terreno e alla concia delle sementi.

E' stata anche sottoposta al parere del Consiglio Superiore di Sanità la questione relativa all'adozione di nuovi e più aggiornati stampati per gli antiparassitari agricoli: l'iniziativa ha tratto origine dal fatto che il regolamento di esecuzione della legge 30 aprile 1962, n. 283, non ha potuto, per vari e complessi motivi, trovare ancora pratica attuazione. Tale iniziativa, se approvata dal Consiglio Superiore di Sanità, porrà in condizione tutti coloro che operano nel campo agricolo di poter avere a disposizione notizie di ordine tossicologico e medico che si dimostreranno di estremo interesse nei casi di intossicazione con antiparassitari agricoli.

III. - STUPEFACENTI

Trattazione a sé meritano le sostanze stupefacenti, la cui produzione, commercio ed impiego sono disciplinati dalla legge 22 ottobre 1954, n. 1041.

In virtù dell'art. 1 di detta legge, fu istituito ed ha sede presso la Direzione Generale del Servizio Farmaceutico l'Ufficio Centrale Stupefacenti, il quale rappresenta l'Amministrazione speciale prevista dall'art. 15 della Convenzione internazionale di Ginevra, ratificata con legge 16 gennaio 1963, n. 130, ed ha il compito di provvedere agli atti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative e degli accordi internazionali in materia, all'esercizio della vigilanza e del controllo sulle sostanze o preparati ad azione stupefacente, nonché all'organizzazione della lotta contro le tossicomanie.

Per il coordinamento di azione fra le varie Amministrazioni interessate alla produzione e all'impiego degli stupefacenti è stato istituito con D.M. 25 settembre 1963 il Comitato Interministeriale, di cui all'art. 2 della legge n. 1041 del 1954, al quale è stato sottoposto l'esame dello schema di regolamento di esecuzione della predetta Legge.

Nello schema che segue si elencano le principali attività dell'Ufficio Centrale Stupefacenti, durante il periodo 1965-1967, con riferimento al nu-

mero delle pratiche svolte e all'indicazione della legge nazionale e delle convenzioni internazionali in base alle quali detti atti sono stati compiuti.

Controllo nazionale: (art. 6-8-9 legge 22-10-1954, n. 1041)	Controlli annuali e trimestrali fabbricazione stupefacenti .	n.	129
	Controllo impiego e commercio stupefacenti	»	2233
	Controllo importazioni ed esportazioni	»	221
Vigilanza nazionale: (art. 1, 2, 12, 20 legge 22-10-1954, n. 1041)	Rilevamento tossicomani . .	n.	472
	Denuncia trafficanti	»	156
	Ricezioni corpi di reato . . .	»	25
	Analisi stupefacenti	»	20
	Elenco ditte autorizzate . . .	»	6
	Elenco stupefacenti (variazioni)	»	1
	Nuovo elenco stupefacenti .	»	1
Controllo internazionale: (Convenzioni di Ginevra del 1925 e 1931)	Statistiche produzione, consumo e rimanenze	n.	9
	Statistiche importazioni ed esportazioni	»	19
Vigilanza internazionale: (Convenzione di Ginevra del 1936)	Statistiche traffico illecito . .	n.	3
	Statistiche tossicomani . . .	»	3

In campo internazionale l'Ufficio centrale stupefacenti ha mantenuto, per il periodo di tempo in esame, i rapporti con il Comitato Centrale Permanente Stupefacenti, a norma delle convenzioni vigenti; ha inviato ogni anno per rappresentare l'Italia ai lavori della Commissione degli stupefacenti, Commissione tecnica delle Nazioni Unite, un proprio funzionario, il quale ha riferito circa i problemi relativi al traffico illecito ed alla tossicomania in Italia, ed ha attivamente collaborato per quanto concerne i problemi in materia di stupefacenti di ordine generale e pertanto comuni agli altri Paesi.

IV. - FARMACIA

Come nei precedenti anni, è proseguita l'azione di adeguamento del servizio farmaceutico alle necessità della popolazione, curando a tal fine sia la sollecita indizione dei concorsi per il conferimento delle sedi farmaceuti-

che resesi vacanti o istituite *ex novo* in seguito alla revisione ordinaria (circolare n. 90 del 31-5-1963) e straordinaria delle piante organiche, sia il rapido espletamento dei concorsi stessi.

Secondo rilevazioni statistiche, le farmacie esistenti in Italia che, al 31 dicembre 1964, assommavano a n. 11.815, sono passate rispettivamente:

a n. 12.058 alla data 31-12-1965
» » 12.676 » » 31-12-1966
» » 12.785 » » 30- 6-1967

con un incremento quasi triplo (970 unità) rispetto a quello del precedente triennio 1962-1964 che fu solo di 374 unità.

1. - Esercizio delle farmacie. Gestione provvisoria. Orari, turni di riposo settimanale e ferie.

Nel quadro della professionalità dell'esercizio farmaceutico, questo Ministero ha sempre richiamato l'attenzione dei Medici Provinciali, ai quali di volta in volta sono state impartite istruzioni in relazione alle circolari n. 141 del 4-12-1959 e n. 153 dell'1-10-1965, sulla esatta applicazione dell'art. 122 T.U. leggi sanitarie, il quale prescrive che la vendita al pubblico dei medicinali a dose e forma di medicamento non è permessa che ai farmacisti sotto la responsabilità del titolare della farmacia. In proposito sono state di volta in volta punite le infrazioni alle norme che i farmacisti debbono tassativamente osservare per assicurare il regolare funzionamento delle farmacie, fra queste quelle attinenti all'obbligo di tenersi al corrente delle specialità medicinali registrate o revocate (art. 169 T.U. leggi sanitarie) e di verificare le scadenze dei medicinali.

Con circolare n. 196 del 15-12-1965 sono state date disposizioni in merito all'affidamento delle gestioni provvisorie delle farmacie di provenienza nel caso di conferimento al titolare di altra sede farmaceutica. In particolare, è stato stabilito, in armonia anche a decisioni del Consiglio di Stato e a voti formulati in sede di interrogazione parlamentare, che, in esatta applicazione dell'art. 112 T.U. leggi sanitarie è vietato il cumulo di due o più autorizzazioni in una sola persona e che tale divieto legislativo trova applicazione anche per il cumulo di una autorizzazione definitiva e di una provvisoria, talché, nel caso che il titolare di una farmacia vinca altra sede farmaceutica, non può essere autorizzato a continuare, sia pure in via provvisoria, la gestione della farmacia di provenienza, che deve essere invece affidata in gestione provvisoria ad altro farmacista.

Per quanto riguarda le ferie, gli orari e i turni di riposo settimanale è stata curata la esatta applicazione delle istruzioni impartite in proposito con le circolari n. 18 dell'8-2-1962, riguardante la disciplina degli orari e

dei turni delle farmacie e la competenza in materia del Medico Provinciale e del Sindaco, n. 11 del 15-1-1963, concernente particolarmente le ferie delle farmacie rurali.

Nel quadro, inoltre, degli accertamenti relativi alla regolarità delle gestioni delle farmacie, sono stati richiesti ai Medici Provinciali, con circolare telegrafica 21-8-1967, elementi circa le assenze per motivi di famiglia o di salute dei titolari di farmacia.

2. - Farmacie rurali.

In rapporto ai bisogni della popolazione, particolare importanza assume il problema delle farmacie rurali, delle farmacie cioè esistenti in Comuni o centri abitati con popolazione fino a 5000 abitanti e che assommano a circa 4.600, in base a recenti rilevamenti.

E' da considerare in proposito che non in tutti i Comuni rurali, ad esempio in quelli la cui popolazione si aggira intorno ai 1000 abitanti e che si trovano fuori delle abituali vie di comunicazione o decentrati, esiste possibilità di vita adeguata per la farmacia.

Il fenomeno è da collegare con la circostanza che nessun farmacista ha interesse a partecipare a concorsi per l'assegnazione di farmacie dalle quali non possa ritrarsi un adeguato reddito e, pertanto, non infrequenti sono i casi di diserzione dei concorsi indetti per il conferimento di tali farmacie.

Con legge 12-8-1962 n. 1352, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 234 del 17-9-1962, sono state accordate particolari provvidenze ai farmacisti rurali ad integrazione della legge 22-11-1954 n. 2107. In base alla citata nuova legge 1352, viene data efficacia quinquennale alle determinazioni delle Commissioni Provinciali delle farmacie in merito alla concessione della indennità di residenza alle farmacie rurali e viene, inoltre, determinata nella misura massima di lire 400.000 annue la indennità di residenza da corrispondersi alle farmacie rurali site in Comuni con popolazione inferiore ai 3000 abitanti che risultino tassate per ricchezza mobile in misura non superiore a lire 800.000 annue.

Con la circolare n. 14 del 23-1-1963 erano state date disposizioni perché venisse aumentato ai sensi di legge il contributo a carico delle farmacie non rurali, come stabilito dall'art. 2 della legge n. 1352, ed era stato, correlativamente, predisposto il raddoppio dello stanziamento di bilancio per la parte relativa alla spesa, dato il maggior onere da fronteggiare per il rimborso ai Comuni.

Successivamente, con circolari 20-7-1963 n. 112; 1-4-1964 n. 54; 8-3-1965, n. 37 e 30-9-1965, n. 151, vennero impartite ai Medici Provinciali ed alle Commissioni Provinciali per le farmacie istruzioni in merito alla definizione delle pratiche relative all'indennità di residenza spettante alle farma-

cie rurali in applicazione della legge citata n. 1352, risolvendo altresì alcuni quesiti formulati dagli Uffici periferici specialmente in relazione ai termini di presentazione delle domande.

Come è noto, è in corso una nuova disciplina delle farmacie rurali e della relativa indennità di residenza che assicura maggiori agevolazioni, specie economiche, alle dette farmacie, mediante il reperimento di fondi, fra i quali L. 1.670 milioni attribuiti a tale scopo dal Consiglio dei Ministri e la cui assegnazione in bilancio verrà attuata in concomitanza alla approvazione delle nuove norme di legge. Attualmente, la somma stanziata in bilancio — di lire 130 milioni — viene totalmente erogata durante l'esercizio finanziario.

Con circolare 27-12-1966 n. 226 si è ribadita la necessità dell'osservanza dei termini previsti dal D.P.R. 15-7-1951 n. 739 ed in particolare di quello del 31 agosto di ogni anno, entro il quale il Comune deve corrispondere al titolare della farmacia la somma determinata a titolo di indennità di residenza, e sia richiamato il disposto della legge 27-2-1955 n. 61 concernente la emissione dei mandati di Ufficio in caso di inadempienza da parte dei Comuni.

3. - Ispezioni alle farmacie.

Con circolari annuali, emanate ad inizio esercizio, sono state impartite istruzioni, in materia di ispezioni alle farmacie, ai Medici provinciali, cui sono stati inviati i relativi accreditamenti.

4. - Farmacie comunali.

Con circolare n. 209 del 30-11-1964, essendosi riscontrata in numerosi Comuni del territorio della Repubblica una carenza del servizio farmaceutico, venivano date istruzioni ai Medici provinciali perché esplicassero diligente interessamento in merito alla istituzione di farmacie da parte dei Comuni che, in base all'art. 27 della legge 9-6-1947, n. 530, possono assumere direttamente l'impianto e l'esercizio di farmacie.

E' da segnalare tuttavia che l'incremento delle farmacie comunali ha luogo piuttosto nei grandi Comuni anziché nei piccoli, trovando questi ultimi difficoltà nell'assunzione diretta delle spese per la farmacia comunale. Questo Ministero, comunque, ha favorito in tutti i modi la istituzione di tali farmacie (come a Milano, Bologna, Reggio Emilia, Lucca), trattandosi di servizi che, assolti dal Comune, possono affrontare immediatamente esigenze dell'assistenza farmaceutica locale.

5. - Farmacie alluvionate.

Con circolare n. 221 del 19-12-1966 si sono date disposizioni perché venisse assicurato il servizio farmaceutico nelle zone alluvionate, richiamando i poteri del Medico Provinciale previsti dall'art. 129 T.U. leggi sanitarie nel caso di interruzione o sospensione degli esercizi farmaceutici.

6. - Rapporti con l'INAM. Consegna da parte dei farmacisti di medicinali diversi dal prescritto. Ritardi nei pagamenti da parte degli enti mutualistici.

In relazione a segnalazione dell'INAM con circolare n. 138 dell'8-8-1967, questo Ministero ha ritenuto opportuno attirare l'attenzione dei Medici provinciali sul riscontrato inconveniente della sostituzione di medicinali prescritti dal medico con prodotti similari da parte dei farmacisti e sulla responsabilità che i titolari di farmacia si assumono sotto il profilo deontologico e penale consegnando i medicinali non corrispondenti al prescritto.

In questi ultimi tempi, si sono dovute riscontrare agitazioni di farmacisti che, a causa del ritardo nei pagamenti, da parte dell'INAM, hanno minacciato, e qualche volta attuato, la sospensione della assistenza diretta ai lavoratori assistiti dagli Enti mutualistici, passando all'assistenza indiretta. Questo Ministero è intervenuto, di volta in volta, sia presso l'INAM che presso il Ministero del Lavoro, perché venisse assicurato il regolare funzionamento delle prestazioni farmaceutiche da parte delle farmacie.

Con circolare n. 189 del 7-11-1966, in adesione ad analogo interessamento del Ministero del Lavoro, sono stati invitati i Medici provinciali, nel caso di ritardo nei pagamenti da parte dell'INAM a continuare nell'azione presso la categoria dei farmacisti interessata perché fosse evitata la sospensione delle forniture di medicinali in attesa che l'attuale stato transitorio di carenza di fondi dell'INAM venga definitivamente superato.

Da ultimo, per altro, il Consiglio dei Ministri, in relazione anche alle esigenze rappresentate da questo Ministero, nella seduta del 27-10-1967, ha adottato provvedimenti per il pagamento dei debiti contratti dagli Enti mutualistici, tra cui l'INAM, nei confronti delle farmacie oltreché dei medici e degli ospedali.

Ciò varrà a restituire agli assistiti la fiducia nell'assistenza sanitaria a cui hanno tutto il diritto ed ai farmacisti la tranquillità di poter esigere i loro crediti nel tempo necessario per far fronte ai propri impegni verso i fornitori e i produttori.

V - PUBBLICITA' SANITARIA

Per la pubblicità a mezzo della stampa o in qualsiasi altro modo (radio, televisione, cinema ecc.) concernente i mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie, le specialità medicinali, i presidi medici e chirurgici, le cure fisiche ed affini e le acque minerali è prescritta la preventiva licenza del Ministero della Sanità, il quale la rilascia sentito il parere di apposita Commissione di esperti (art. 201 del T.U. delle leggi sanitarie).

Non è soggetta a licenza la propaganda scientifica rivolta alla classe sanitaria, anche attraverso la stampa, purché specializzata, diretta ad illustrare in termini scientifici e tecnici le caratteristiche di un prodotto farmaceutico.

La licenza viene concessa con l'approvazione del testo pubblicitario di cui viene autorizzata la diffusione.

Nel periodo 1965-1967 sono state rilasciate complessivamente n. 1.288 autorizzazioni e sono state respinte n. 138 richieste di autorizzazioni.

L'Ufficio ha svolto una considerevole opera repressiva nei riguardi delle ditte che non si sono attenute alle precise indicazioni dei decreti autorizzativi od hanno addirittura effettuato pubblicità non autorizzata.

VI - BREVETTI

Il Ministero della Sanità ha anche il compito di esprimere, su richiesta del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, il parere in merito alle domande di rilascio di brevetto per ritrovati di interesse sanitario, esclusi i medicamenti ed i processi di fabbricazione degli stessi, per i quali la presente legislazione ne esclude la brevettabilità.

Nel periodo in esame sono stati espressi complessivamente n. 1.116 pareri.

VII. - CENTRO MECCANOGRAFICO-ELETTRONICO

La Direzione Generale del Servizio Farmaceutico ha necessità, per poter assolvere ai suoi compiti istituzionali di controllo sulla produzione e sul commercio delle specialità medicinali, di conoscere in modo tempestivo e aggiornato i numerosi dati relativi alle specialità medicinali, sia per la normale trattazione delle pratiche di registrazione, sia per la fissazione e la revisione dei prezzi delle specialità, sia per la identificazione di tutte le specialità contenenti una determinata sostanza, ai fini di una organizzazione razionale dei controlli o della rilevazione degli effetti nocivi secondari ecc.

Si è resa perciò indifferibile la realizzazione di un Centro Elettronico. Per conseguire tale finalità nel secondo semestre del 1964 è stato istituito il Centro Meccanografico Elettronico e si è ottenuta l'iscrizione di due appositi nuovi capitoli di bilancio per lo stato di previsione della spesa del Ministero.

L'arco di tempo che corre dal 1965 a 1967 ha visto impegnato il Centro Meccanografico Elettronico in lunghi, complessi e difficili lavori preparatori che si proiettano nel campo clinico, farmacologico, in quello meccanografico ed in quello organizzativo per realizzazioni affrontate per la prima volta nel mondo.

Gli aspetti più salienti di tali lavori sono sinteticamente indicati qui di seguito:

1) Sono state istituite due *Commissioni*: quella per la scelta delle denominazioni comuni italiane dei principi attivi contenuti nei farmaci, che ha iniziato la sua attività dal 1° gennaio del 1966 ed ha sinora pubblicato circa 200 denominazioni secondo un piano organicamente stabilito e quella per lo studio dei problemi connessi con la meccanizzazione della Direzione Generale, istituita il 26 novembre 1964, che ha continuamente affiancato durante questi ultimi anni i lavori del Centro Meccanografico Elettronico, contribuendo validamente alla soluzione dei molteplici problemi;

2) è stato provveduto alla organizzazione funzionale del C.M.E. attraverso una migliore strutturazione d'ufficio già preesistente (ufficio prodotti pari ed ufficio schedario) e si è proceduto alla istituzione di nuovi uffici per lo svolgimento dei lavori sopracitati; fra essi figura anche quello delle denominazioni comuni dei farmaci, che ha assorbito l'attività svolta in tale settore dalla Società Italiana di Scienze Farmaceutiche;

3) si è provveduto a reperire i locali destinati ad accogliere il C.M.E. ed è stato predisposto un progetto di adattamento i cui lavori sono stati appaltati dal Genio Civile e sono in fase di completamento. Le spese relative graveranno su fondi appositamente messi a disposizione del Provveditorato alle Opere Pubbliche a seguito di personale intervento del Ministro dei Lavori Pubblici On. Mancini;

4) si è provveduto a dotare il C.M.E. di arredamento metallico utilizzando i fondi di cui si è detto nelle premesse;

5) si è proceduto alla selezione attitudinale del personale occorrente per il funzionamento dell'elaboratore ed alla istruzione preliminare di esso a diversi livelli (corsi informativi, corsi per programmatori e corsi per perforatori, effettuati a cura delle ditte costruttrici di elaboratori);

6) è stato delegato il Provveditorato Generale dello Stato a bandire un appalto - concorso per l'affitto di un elaboratore; tale appalto è stato già

definito nel dicembre 1967 e l'installazione del relativo impianto (360/30 IBM) è prevista per la fine del 1968.

7) i risultati conseguiti nel corso dei lavori preparatori, per l'interesse che rivestono, sono stati oggetto di comunicazioni da parte del Direttore del Centro ai Congressi di Copenaghen del 1965, di Stoccolma del 1966 e di Firenze del 1967, aventi per tema l'automazione nell'amministrazione sanitaria e nella medicina;

8) i lavori preparatori di cui sopra si è detto possono essere succintamente così indicati:

a) identificazione di circa 8.000 principi attivi contenuti nelle specialità medicinali e di circa 60.000 sinonimi di essi, già ordinati in tabulati alfabetici e numerici secondo il codice;

b) controllo delle ragioni sociali di tutte le ditte titolari di autorizzazioni relative alla produzione ed al commercio di specialità medicinali attraverso il riscontro dei certificati di iscrizione alle Camere di Commercio;

c) studio di un progetto di classificazione farmacologica dei principi attivi suddetti e contatti preliminari con Istituti qualificati per la realizzazione di esso;

d) codificazione di tutte le altre informazioni di carattere tecnico ed amministrativo contenute nelle schede delle specialità medicinali;

e) studio e messa a punto dei tracciati-scheda occorrenti per il trasferimento di tutte le informazioni relative alle specialità medicinali dalle attuali schede ai supporti meccanografici;

f) perforazione su schede meccanografiche dei dati relativi ai principi attivi ed alle ditte di cui sopra;

g) studio preliminare delle procedure attualmente seguite presso la Direzione in funzione della meccanizzazione di essa.

Concludendo, sono stati effettuati imponenti lavori di preparazione alla istallazione di un Centro Meccanografico Elettronico presso la Direzione Generale del Servizio Farmaceutico. Per la complessità di essi e per la mancanza di precedenti esperienze si ritiene di aver apportato un importante contributo nello specifico settore, mettendo a disposizione della Amministrazione Sanitaria Italiana esperienze e dati che saranno preziosi nel prossimo futuro, quando cioè, l'utilizzazione degli elaboratori si diffonderà in modo impensabile. Tali risultati sono stati possibili per l'entusiasmo e l'appassionato lavoro di tutto il personale del C.M.E. ed hanno avuto lusinghieri riconoscimenti negli ambienti italiani ed internazionali.

Nel 1968 con la disponibilità dei locali e dell'elaboratore si entrerà nella fase di realizzazione del progetto ed il Ministero della Sanità Italiana, fra

i primi nel mondo, avrà a sua disposizione un moderno elaboratore ed un'équipe di giovani in grado di gestirlo.

VIII. - ALTRI SERVIZI

La Direzione Generale del Servizio Farmaceutico adempie a vari altri servizi connessi alla materia di competenza.

Così, provvede al rilascio delle autorizzazioni concesse ad istituti, ospedali, laboratori di vigilanza igienica per la preparazione di autovaccini; al rilascio delle certificazioni e nulla osta rilasciati per l'esportazione e lo svincolo doganale di medicinali importati; dei pareri dati al Ministero del Commercio con l'Estero per temporanee importazioni di materie prime; delle informazioni fornite al pubblico ed anche alle Autorità estere sulle norme che regolano i medicinali, sullo stato delle pratiche ecc., atti che, per la loro quantità, impegnano assiduamente l'attività degli Uffici.

E' da accennare pure alla partecipazione di funzionari della Direzione Generale a gruppi di lavoro in seno alla C.E.E. al Consiglio d'Europa, al Comitato Internazionale degli Stupefacenti, al Comitato Interministeriale dei Prezzi, al Comitato Importazioni ed Esportazioni Merci e Valuta, nonché alle varie Commissioni istituite presso la Direzione Generale.

SERVIZI PER L'IGIENE DEGLI ALIMENTI
E LA NUTRIZIONE

La Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione ha una tematica di lavoro particolarmente estesa, caratterizzata inoltre da una costante situazione evolutiva di conoscenze e di problemi.

Gli alimenti e la nutrizione hanno un ruolo così di rilievo nella società umana, che qualsiasi problema ad essi attinente è sempre contraddistinto da una pluralità di aspetti tecnici, giuridici, sociali, economici che si potenziano a vicenda, rendendo particolarmente complessa la responsabilità e gli interventi della Pubblica Amministrazione.

Poche tematiche come quella degli alimenti e della nutrizione hanno un carattere così interdisciplinare, e richiedono così continuo aggiornamento delle conoscenze, come presupposto indispensabile delle azioni di vigilanza e di controllo e di tutta l'attività normativa.

Accanto ai capitoli classici dell'igiene degli alimenti e della repressione delle frodi alimentari, l'area dell'impegno del Ministero della Sanità si è venuta dilatando ai capitoli più specializzati degli additivi chimici, dei residui degli antiparassitari, degli imballaggi, della radio - contaminazione degli alimenti e a numerosi altri.

Tra queste nuove tematiche di particolare rilievo è la valutazione del livello nutrizionale, quale fattore determinante nella prevenzione delle malattie e condizionatore dei valori ottimali di sviluppo fisico e psichico.

La Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione, istituita nel 1963, ha affrontato con molto impegno tutti i settori di sua competenza. Quanto viene esposto in seguito rappresenta una sintesi molto limitata dell'attività svolta, e costituisce la base di un ulteriore più ampio intervento che l'entità dei problemi richiede.

I. - INDAGINI SULL'ACCERTAMENTO DEL LIVELLO DI NUTRIZIONE

1. - Le disponibilità alimentari in Italia.

Il livello nutrizionale della popolazione italiana, malgrado i suoi recenti progressi, non è ancora soddisfacente: in confronto con quelli degli altri Paesi europei, deve anzi essere classificato tra i meno elevati.

Dall'esame dei dati statistici finora pubblicati si rileva infatti che, in questi ultimi 10 anni, la disponibilità calorica media è passata da 2670 calorie p.c./p.d. nel 1957-60 a 2847 (alcool escluso) nel 1966-67 e quella proteica da 78 g. a 84,8 g., con discreti miglioramenti della disponibilità in proteine d'origine animale (da g. 26 nel triennio 1957-60 a g. 34,5 nell'anno 1966-67).

Questi valori, se possono sembrare soddisfacenti qualora vengano confrontati con quelli dei relativi fabbisogni teorici medi della popolazione italiana (calorie 2309 p.c./p.d. e proteine totali g. 65), lo sono molto meno qualora siano comparati a quelli di altri Paesi europei come, per esempio:

	Calorie N.	*Proteine totali* g.	*Proteine animali* g.
Francia	2975	103,0	59,4
Germania	2964	80,3	49,2
Belgio	3039	85,3	45,8
Svizzera	3222	90,3	51,3
Gran Bretagna . . .	3276	89,0	53,4
Grecia	2934	95,3	30,6

(dati *FAO* 1960 - 1963)

Né va trascurato il fatto che le stesse graduatorie si rilevano esaminando anche altri indici nazionali, quali: l'efficienza produttiva della popolazione (il nostro prodotto interno lordo nel 1965 era ancora l'ultimo nel gruppo delle comunità europee e il penultimo tra tutti i Paesi dell'Europa centro-settentrionale), il quoziente di mortalità infantile, il livello di alfabetizzazione, l'evoluzione tecnologica, ecc.

Sarebbe rischioso stabilire rapporti di causa-effetto troppo intimi tra tutti questi indici nazionali, ma è altrettanto erroneo escludere che esistano importanti correlazioni tra il livello nutrizionale attuale, il livello economico, il livello produttivo e il livello sanitario.

E' infine importante tener presente che alcuni aspetti deficitari rilevati sullo stato di nutrizione della popolazione italiana non dipendono tanto dal livello nutrizionale attuale (cioè di questi ultimi 4-5 anni) quanto da quello immediatamente precedente; perché in realtà il livello nutrizionale italiano in passato era ancora più insoddisfacente, non solo in senso relativo, ma anche assoluto.

In conclusione se il livello nutrizionale italiano oggi è teoricamente adeguato in senso assoluto, è molto probabile che in pratica, a livello cioè dei consumi individuali, esso sia deficiente; il che sembra corrispondere a quanto è stato rilevato mediante le indagini sullo stato di nutrizione del-

la popolazione italiana. Le deficienze dipendono in gran parte dal fatto che la disponibilità alimentare media nazionale non è distribuita in modo uniforme a seconda dei bisogni dei singoli individui: ci sono cioè gruppi che mangiano bene o troppo e gruppi che mangiano male e poco. Questi ultimi rappresentano una minoranza, però sono certamente una realtà attuale.

Le poche inchieste sui consumi alimentari che finora sono state eseguite in Italia sembrano, in linea di massima, confermare l'esistenza di questa maldistribuzione alimentare e giustificano i tentativi svolti dall'Amministrazione per insegnare ai meno abbienti almeno come utilizzare meglio il poco di cui dispongono.

2. - Lo stato di nutrizione della popolazione italiana.

Il Servizio nutrizione della Direzione Generale si è preoccupato di studiare lo stato di nutrizione della popolazione italiana, ricercando i segni della cosiddetta malnutrizione latente in uno dei gruppi più sensibili e più vulnerabili della comunità: i bambini di età 6-11 anni.

Dal 1959 fino ad oggi sono stati esaminati, con la tecnica dell'inchiesta rapida, 94.188 bambini distribuiti in 18 province italiane (Messina, Savona, Cosenza, Bari, Reggio Emilia, Perugia, Terni, Udine, Pavia, Agrigento, Caltanissetta, Reggio Calabria, Potenza, Salerno, Torino, Cuneo, Asti, Val d'Aosta), in due comunità urbane (Roma e Trieste), e in due comunità rurali dell'Italia Centrale (Crevalcore e Monte Giorgio).

L'indagine non è ancora terminata; dai risultati finora raccolti si è potuto concludere quanto segue:

1) dal punto di vista antropometrico i bambini italiani, pur avendo una curva di crescenza regolare secondo gli « standard » europei, sono più bassi e meno pesanti di quelli di altri Paesi, dove non esistono problemi di sufficienza alimentare. E' difficile precisare quanto di questo ipo-evolutismo sia dovuto a ragioni genetiche e quanto a ragioni nutrizionali: resta però accertato: *a*) che questo ipoevolutismo è più marcato nelle regioni italiane dove la malnutrizione è più frequente; *b*) che i bambini delle classi rurali italiane sono regolarmente più bassi e meno pesanti di quelli delle classi urbane. E' poco probabile che in questa particolare situazione agiscano fattori genetici; è al contrario sicuro che le classi rurali italiane sono nutrizionalmente più deficienti di quelle urbane (per ragioni dietetiche, sanitarie, di attività fisica ecc.);

2) non sempre queste deficienze morfologiche sono dovute a malnutrizioni *primarie attuali;* spesso esse dipendono o da malnutrizione primaria pregressa o da malnutrizione condizionata, o anche da ambedue;

3) i segni clinici della malnutrizione latente sono presenti in una notevole percentuale della popolazione infantile italiana, specialmente nei gruppi rurali delle province meridionali, in quelle province dove il livello economico è più basso, dove l'assistenza medica è meno sviluppata, dove l'organizzazione sociale è meno evoluta e dove l'attività lavorativa è meno regolata;

4) i segni clinici della malnutrizione latente rivelano la carenza, ove più ove meno, di quasi tutti i principi nutritivi: i principi più estesamente carenti sembrano però essere le vitamine del gruppo B, lo iodio, il ferro e forse la vitamina A;

5) a questo stato deficitario fa riscontro in Italia una paradossale frequenza dell'obesità infantile, che in alcune province (proprio in quelle dove la malnutrizione per difetto è prevalente) raggiunge percentuali allarmanti.

Se la malnutrizione latente è un fenomeno ancora sensibile in Italia (e non solo nelle classi di età esplorate dai nostri esperti), non altrettanto succede per le forme classiche della malnutrizione clinica: in realtà la distrofia da farine, lo scorbuto, la pellagra ecc. sono oggi malattie relativamente rare in Italia. Unica eccezione è l'incidenza del gozzo che in alcune province italiane raggiunge percentuali piuttosto elevate.

Un altro fenomeno che va ricordato a proposito del livello nutrizionale della popolazione italiana è la frequenza dell'alcoolismo. Su questo argomento ricorderemo che il consumo di alcool totale è sensibilmente aumentato in Italia durante gli ultimi 18 anni (da g. 24,4 nel 1948 a g. 40 nel 1965 pro capite/pro die); sono peraltro scarse le notizie sulla distribuzione provinciale di questi consumi.

Le statistiche degli ospedali psichiatrici sembrano indicare che durante questi ultimi anni il numero dei ricoveri per alcoolismo cronico è aumentato.

Alcune valutazioni di consumi indicano che in certe province il consumo di alcoolici raggiunge limiti eccessivi.

Sarebbe prematuro concludere in base a questi soli dati che oggi esiste in Italia un problema dell'alcoolismo; è possibile per esempio che il maggior consumo di alcoolici sia dovuto all'aumento del numero dei consumatori e non all'aumento del consumo da parte di un ristretto numero di bevitori ecc.

E' però ragionevole sostenere che il fenomeno dell'alcoolismo va in Italia accuratamente seguito, per sorprendere in tempo (e per prevenirli) gli eccessi che potrebbero manifestarsi in un prossimo futuro.

Occorre inoltre non trascurare un altro aspetto che potrebbe, in un prossimo futuro, influenzare seriamente lo stato di nutrizione della popolazione italiana: influenzarlo per il meglio o anche per il peggio. Si intende fare riferimento alla travolgente influenza della moderna tecnologia sulle abitudini alimentari della popolazione.

E' noto da tempo, infatti, che per ragioni validissime gli alimenti disponibili subiscono oggi trasformazioni radicali, aggiunte e presentazioni che erano inesistenti fino a pochi anni fa.

Se da un lato i servizi tecnici si preoccupano affinché questi interventi tecnologici non siano direttamente dannosi alla salute (vedere le numerose disposizioni legislative che sono state emanate e i controlli che l'Amministrazione esercita affinché esse siano rispettate), d'altro canto non si può ragionevolmente escludere che le suddette trasformazioni, anche se apparentemente innocue, possano influenzare lo stato di nutrizione della popolazione.

II. - INTERVENTI DI PROFILASSI ALIMENTARE

Nel triennio i principali interventi oltre ai programmi concernenti l'educazione alimentare sono stati i seguenti:

1) consulenza tecnica all'Amministrazione Aiuti Internazionali sull'organizzazione delle refezioni scolastiche nelle scuole elementari pubbliche;

2) organizzazione di un programma pilota di profilassi antistrumica in provincia di Torino. Tale programma è consistito nell'accertamento della endemia da gozzo nella Val di Susa, nella distribuzione di sale iodato nella Valle controllando sistematicamente tutte le possibili reazioni (cliniche, psicologiche, amministrative) a questo provvedimento. Contemporanea allo svolgimento del programma pilota è stata un'indagine svolta dall'Ospedale Mauriziano di Torino assistito tecnicamente e finanziariamente dal Ministero della Sanità sulla eziologia e patogenesi del gozzo endemico.

Tra le attività di profilassi alimentare sono anche inquadrabili gli interventi condotti nel settore dell'organizzazione dietetica negli ospedali e dell'alimentazione delle collettività non sanitarie.

Con circolare n. 103 del 25-6-1966 sono stati raccolti dati sullo stato dei servizi dietologici degli ospedali di 1ª e 2ª categoria, quale punto di partenza per promuovere il necessario perfezionamento di questi servizi. E' infatti evidente l'importanza della loro efficienza ai fini della prevenzione della malnutrizione, che si accompagna con elevata frequenza ad ogni condizione patologica, oltre al loro determinante apporto terapeutico.

Nel settore dell'alimentazione delle collettività non sanitarie è stata rivolta particolare attenzione alle mense aziendali, che con la trasformazione in senso industriale della società hanno acquistato una posizione centrale nell'influenzare i consumi alimentari delle popolazioni. A tal fine è stato fatto un censimento delle mense funzionanti nelle industrie ed è in atto un rilevamento sull'organizzazione di tali mense, sugli alimenti distribuiti, sulle

preferenze dei lavoratori e su un altro complesso di fattori secondo le raccomandazioni del rapporto tecnico FAO-OMS del 1963.

III. - EDUCAZIONE ALIMENTARE

In conseguenza dei progressi delle conoscenze nutrizionistiche e della diffusione di nuove tecnologie alimentari l'esigenza di elevare il livello di educazione alimentare della popolazione è particolarmente sentita. Infatti senza una adeguata conoscenza degli elementi fondamentali della scienza della alimentazione e del significato nutritivo degli alimenti, risulta impropria la utilizzazione delle disponibilità alimentari e vanno perduti per la popolazione il potenziale di benessere e l'efficacia preventiva derivanti dall'applicazione della nutrizione razionale.

Per queste considerazioni è stato predisposto un programma di educazione alimentare articolato nei seguenti punti:

1) corsi di nutrizione per medici scolastici e per medici condotti;

2) corsi di nutrizione per vigilatrici scolastiche;

3) documentari cinematografici, programmi televisivi, materiale di informazione.

Il primo corso per medici scolastici si svolgerà a Roma in collaborazione con l'Ufficio di Igiene di detto Comune e in collaborazione con l'Amministrazione Aiuti Internazionali.

Un primo documentario cinematografico a cura dell'Istituto Nazionale Luce tratterà il tema del trattamento igienico degli alimenti e della prevenzione delle infezioni e delle tossinfezioni alimentari.

Un secondo documentario, sempre a cura dell'Istituto Nazionale Luce, svolgerà il tema dei fabbisogni alimentari e della loro copertura.

IV. - ATTIVITA' LEGISLATIVA E NORMATIVA

Con la legge 4-7-1967 n. 580 è stata emanata la nuova disciplina per la lavorazione e il commercio dei cereali, degli sfarinati, del pane e delle paste alimentari alla cui laboriosa e complessa stesura è stato dato dal Ministero largo contributo. In applicazione di detta legge è stato emanato il Decreto Ministeriale 27-9-1967 concernente la disciplina degli ingredienti consentiti nella produzione delle paste speciali secche e delle paste speciali fresche.

Ai fini di soddisfare le esigenze dell'aggiornamento legislativo tenendo presente anche gli orientamenti acquisiti in sede MEC/CEE sono state avanzate proposte di modifica relative:

1) al R.D. 9-5-1929 sulla vigilanza igienica del latte destinato al consumo diretto;

2) al D.P.R. 19-5-1958, n. 719 sulle acque gassate e bibite analcoliche;

3) al D.P.R. 30-5-1953, n. 567 concernente gli estratti alimentari e prodotti affini.

Sono in progresso di elaborazione provvedimenti relativi a:

1) preparati in polvere destinati alla preparazione estemporanea di acqua da tavola, di bibite analcoliche e digestive;

2) gli alimenti surgelati;

3) lo strutto emulsionato;

4) il caffè;

5) la pubblicità dei prodotti alimentari;

6) i metodi di analisi per la birra.

1. - Additivi chimici.

La disciplina degli additivi chimici — l'impiego dei quali viene consentito ispirandosi ai criteri fondamentali di accettare, nella minima quantità possibile, i soli additivi il cui impiego sia indispensabile — è stata oggetto del D.M. 31 marzo 1965, successivamente modificato con i DD.MM. 19 febbraio 1966 e 28 luglio 1967, nei quali si fissano le liste positive di additivi accettabili, coi relativi requisiti di purezza, campi di impiego e dosi permesse, e si fa obbligo ai produttori di dichiarare sulla confezione — o, nel caso di alimenti sfusi, su appositi cartelli — gli additivi adoperati.

I DD.MM. 2 maggio 1967 e 28 dicembre 1967 riguardano invece la proroga dell'impiego dell'acido benzoico quale conservativo nelle bevande analcooliche gassate e non gassate a base di succhi di frutta.

Sull'argomento dell'acido benzoico vertono anche le circolari n. 129 del 4 agosto 1965; n. 43 del 16 marzo 1966; n. 150 del 15 novembre 1966 e la circolare telegrafica del 27 dicembre 1967.

Inoltre, ad integrazione della disciplina degli additivi, è in fase di avanzata elaborazione la disciplina dell'impiego delle sostanze di uso tecnologico.

2. - Coloranti.

Il D.M. 22-12-1967 (G.U. n. 28 dell'1-2-1968) disciplina l'impiego dei coloranti per alimenti, carte e oggetti di uso personale, in base a criteri analoghi a quelli fissati per gli additivi.

3. - Imballaggi.

Il D.M. 15-4-1966, per la disciplina degli imballaggi e dei materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti, stabilisce delle liste positive di materie prime (resine) e di additivi il cui uso è consentito a tale scopo, fissa i limiti di tolleranza per le sostanze estranee cedute dal contenitore agli alimenti e le relative prove di cessione da eseguire sui contenitori. Sull'applicazione di tale decreto verte la circolare n. 142 del 23-7-1967.

La circolare n. 182 del 25-11-1967 richiama l'attenzione degli Organi periferici sul divieto dell'uso di carta usata o stampata per involgere alimenti. Sono in fase di studio i seguenti problemi:

— modifica dell'art. 11 della legge 30-4-1962, n. 283, rivolta a stabilire il limite massimo della cessione di impiego agli alimenti da parte dei contenitori in ceramica vetrificata;

— disciplina del cellophane quale contenitore degli alimenti;

— disciplina dei contenitori paraffinati.

4. - Antiparassitari.

Nel campo degli antiparassitari, l'Ord. Min. del 22-12-1967 (G.U. n. 28 del 1°-2-1968) fissa i limiti di tolleranza nei prodotti ortofrutticoli (con esclusione delle patate) per alcuni antiparassitari agricoli, nonché di relativi metodi di analisi per alcuni di essi. A tale proposito era stata già emessa la circolare n. 96 dell'8-6-1967.

La circolare n. 223 del 20-12-1966 richiama l'attenzione degli Organi periferici su alcuni particolari aspetti della vendita degli antiparassitari tossici.

Le circolari n. 24 del 22-2-1965 e n. 109 del 27-6-1967, nell'evidenziare il problema delle intossicazioni da antiparassitari, sottolineano la necessità di predisporre corsi di aggiornamento per i medici; la circolare n. 178 del 18 novembre 1967 riguarda i trattamenti antiparassitari con mezzi aerei; la circolare telegrafica del 17 agosto 1966 sollecita un'azione di propaganda circa i rischi derivanti dagli antiparassitari. Con la circolare n. 162 del 6-10-1966 è stata, infine, disposta la distribuzione di un antidoto (PAM)

utile nei casi di intossicazione da esteri fosforici: antidoto che era stato ritirato dal commercio dall'unica ditta produttrice.

Inoltre è stato predisposto, e attualmente è all'esame del Consiglio di Stato, il regolamento per l'esecuzione dell'art. 6 della legge 30-4-1962 e sono allo studio un disegno di legge per la disciplina dell'impiego degli antiparassitari e un'ordinanza relativa ai residui di antiparassitari nei cereali grezzi e derivati ed un disegno di legge per la denunzia obbligatoria dei casi di intossicazione da antiparassitari.

Sono in fase di avanzata programmazione la messa a punto di adeguati metodi di analisi per i residui di antiparassitari negli ortofrutticoli e un'indagine sui residui di antiparassitari negli alimenti, che comporta un adeguato potenziamento dei Laboratori di Igiene e Profilassi impegnati nelle analisi.

V. - ATTIVITA' DI VIGILANZA

Come nel triennio precedente particolare cura è stata rivolta perché la vigilanza sulla produzione e commercio delle sostanze alimentari e bevande fosse adeguata a garantire il livello igienico e qualitativo dei prodotti alimentari.

Nella *tabella 1* sono riportati i dati sul numero di analisi eseguite dai Laboratori di Igiene e Profilassi. Con circolare n. 107 del 27-6-1967 sono state date istruzioni ai dipendenti organi periferici per una intensificazione della vigilanza sugli stabilimenti di produzione e confezionamento. Anche particolare attenzione è stata richiamata per una appropriata vigilanza sulla produzione di conserve alimentari di origine vegetale a bassa acidità, con circolare telegrafica 06733 del 21-6-1965, con lettera circolare 702/9057 del 28-10-1965, e con circolare n. 333 del 12-8-1966.

Per rendere più efficace la vigilanza e commercio dei funghi eduli sono stati organizzati nel 1966 e nel 1967 tre corsi di perfezionamento per il personale addetto ai servizi di vigilanza e di controllo di questi alimenti. Tali corsi sono stati organizzati in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale di Trento e con gli esperti del gruppo micologico Bresadola.

E' stato istituito il controllo all'atto dell'importazione delle arachidi e dei semi di arachidi di qualunque provenienza, destinati all'uso alimentare diverso da quello della disoleazione vietando la nazionalizzazione delle partite contenenti più dello 0,05 mg/Kg di aflatossina.

Per quanto riguarda la vigilanza sull'importazione di prodotti alimentari in genere, d'intesa con il Ministero delle Finanze, con circolare telegrafica 34789 del 2-1-1967 sono state impartite opportune istruzioni.

Tabella n. 1.

Campioni di sostanze alimentari esaminati dai Laboratori provinciali d'igiene e profilassi negli anni 1965 e 1966

Anni	Sezione chimica			Sezione medico-micrografica			Totali		
	Campioni esaminati N.	Di cui con giudizio sfavorevole	Percentuale dei giudizi sfavorevoli	Campioni esaminati N.	Di cui con giudizio sfavorevole	Percentuale dei giudizi sfavorevoli	Campioni esaminati N.	Di cui con giudizio sfavorevole	Percentuale dei giudizi sfavorevoli
1965	239.269	25.514	10,15	236.946	24.015	10,32	476.215	49.529	10,19
1966	227.602	22.614	9,21	185.787	21.174	11,73	413.389	43.590	10,22
Totali	466.871	48.128	10,14	422.733	45.189	10,20	889.604	92.119	10,13
Media biennio 1965/1966	233.435	24.064	10,72	211.366	22.594	10,14	444.802	46.059	10,15
Media quinquennio 1960/1964	254.670	24.468	9,15	194.821	22.460	11,10	449.491	46.928	12,12

Tabella n. 2.

Denunce anni 1966 - 1967

		Anno 1966	Anno 1967
1 - Aceto	N.	83	77
2 - Acque destinate ad uso potabile, ghiaccio alimentare	»	—	—
3 - Acque gassate e minerali, bibite gassate, polveri per bibite effervescenti	»	805	815
4 - Acquavite e liquori	»	377	185
5 - Alimenti animali conservati in recipienti (inclusi nelle voci 13 e 14)	»	—	—
6 - Alimenti vegetali conservati in recipienti	»	863	489
7 - Alimenti ittici conservati in recipienti (inclusi nelle voci 31 e 32)	»	—	—
8 - Alimenti per prima infanzia, prodotti dietetici, alimenti comunque valorizzati	»	9	—
9 - Birra e bevande similari	»	19	24
10 - Burro	»	234	333
11 - Caffè e surrogati	»	204	160
12 - Cacao, cioccolato e surrogati	»	117	94
13 - Carne fresca	»	335	490
14 - Carni insaccate, salate o comunque preparate	»		
15 - Carta da avvolgere	»	8	29
16 - Dolciumi, pasticceria fresca, bodini, ecc.	»	839	547
17 - Droghe e spezie	»	68	50
18 - Estratti alimentari e prodotti affini	»	43	18
19 - Farine, semola, crusca e cruschelli	»	1.059	805
20 - Frutta fresca e secca, funghi, erbaggi, legumi, ecc.	»	164	124
21 - Formaggi e latticini	»	380	297
22 - Gelati	»	115	121
23 - Grano, riso ed altri cereali	»	121	76
24 - Latte e preparazioni lattee speciali	»	1.838	1.849
25 - Margarina e grassi idrogenati	»	25	18
26 - Marmellate, confetture, gelatine, sciroppi, canditi, succhi di frutta, ecc.	»	479	245
27 - Olio di oliva	»	605	551
28 - Olio di semi	»	306	230
29 - Pane	»	4.941	4.317
30 - Paste alimentari	»	1.632	1.305
31 - Pesce fresco, crostacei e molluschi	»	212	170
32 - Pesce salato	»		
33 - Recipienti destinati alla preparazione o conservazione delle sostanze alimentari	»	47	—
34 - Strutto	»	247	24
35 - Tè e bevande similari	»	27	160
36 - Uova	»	1.416	21
37 - Vino e vini speciali	»	49	1.913
38 - Zucchero e miele	»	493	31
39 - Varie (riguardanti esclusivamente sost. alimentari)	»	—	559
Totali generali	»	18.160	16.127

Tabella n. 3.

Situazione numerica dei Vigili Sanitari Provinciali, addetti alla vigilanza annonaria nelle Regioni, durante l'anno 1966

Regioni	Posti in organico	Di ruolo	Avventizi	Straordinari	Totale	Adibiti alla vigilanza annonaria		
						esclusivamente	prevalentemente	occasionalmente
1. Piemonte	45	35	2	2	38	24	13	2
2. Val d'Aosta	5	5	—	—	5	—	2	1
3. Lombardia	48	37	8	—	45	35	8	2
4. Trentino - Alto Adige .	11	6	—	—	8	2	3	—
5. Veneto	57	41	7	—	48	27	16	3
6. Friuli - Venezia Giulia .	6	6	—	—	6	6	—	—
7. Liguria	14	11	—	—	11	10	—	1
8. Emilia - Romagna . .	52	46	1	3	50	33	9	5
9. Toscana	43	41	1	—	42	25	13	4
10. Umbria	5	5	—	—	5	—	5	—
11. Marche	12	11	2	—	13	12	1	—
12. Lazio	17	15	1	—	16	8	8	—
13. Abruzzi - Molise . . .	22	21	1	1	23	13	7	3
14. Campania	16	12	1	—	13	6	1	—
15. Puglie	22	20	3	1	24	12	10	1
16. Basilicata	15	14	5	—	19	10	9	—
17. Calabria	50	24	26	—	50	37	10	3
18. Sicilia	86	80	—	3	83	70	2	11
19. Sardegna	17	16	1	—	17	17	—	—
Totali . . .	543	446	59	10	516	347	117	36

Segue: Tabella n. 3.

Situazione numerica dei Vigili Sanitari Comunali e Consorziali addetti alla vigilanza annonaria nelle Regioni, durante l'anno 1966

Regioni	Posti in organico	Di ruolo	Avventizi	Straordinari	Totale	Adibiti alla vigilanza annonaria		
						esclusivamente	prevalentemente	occasionalmente
1. Piemonte	69	40	28	1	69	29	10	30
2. Val d'Aosta	8	1	1	2	2	1	—	—
3. Lombardia	76	71	10	—	81	44	11	26
4. Trentino - Alto Adige .	10	9	1	—	10	4	—	6
5. Veneto	97	92	11	—	103	64	21	23
6. Friuli Venezia Giulia .	2	2	—	—	2	1	—	1
7. Liguria	8	80	2	1	82	16	6	—
8. Emilia - Romagna . .	163	122	11	4	137	103	8	11
9. Toscana	57	49	—	9	58	38	8	4
10. Umbria	9	9	—	—	9	4	—	10
11. Marche	26	26	—	—	25	9	13	—
12. Lazio	11	13	2	1	16	2	12	2
13. Abruzzi - Molise . . .	34	27	4	9	40	1	32	5
14. Campania	19	18	—	—	18	2	7	9
15. Puglie	162	157	5	12	174	57	80	33
16. Basilicata	9	9	2	1	12	5	—	7
17. Calabria	20	26	4	1	30	24	—	6
18. Sicilia	139	133	5	2	140	59	24	37
19. Sardegna	40	33	—	6	39	14	25	—
Totali . . .	959	917	86	46	1.047	477	257	210

VI. - CONCESSIONI DI AUTORIZZAZIONI

Ai sensi della legge 6-10-1950, n. 836 e D.P.R. 30-5-1953, n. 567, relativi alla produzione e vendita degli estratti alimentari e dei prodotti affini sono state rilasciate 245 autorizzazioni di cui 204 relative a prodotti nazionali e 41 relative a prodotti di importazione. Sono in corso di esame 107 domande di autorizzazione.

Ai sensi della legge 29-3-1951, n. 327 e D.P.R. 30-5-1953, n. 578 relativi alla produzione e vendita degli alimenti per la prima infanzia e prodotti dietetici sono state rilasciate 38 autorizzazioni per alimenti per la prima infanzia e 309 autorizzazioni per prodotti dietetici; nello stesso periodo sono state revocate 35 autorizzaizoni.

Sono state rilasciate le seguenti concessioni di nulla osta per l'istituzione di Centrali del latte:

1) Centrale del latte di Bassano del Grappa e Marostica, in data 13-4-1966;

2) Centrale del latte di Genova, in data 13-4-1966;

3) Centrale del latte di Avezzano, in data 21-7-1966;

4) Centrale del latte di Padova (rinnovo nulla osta), in data 29-10-1966;

5) Centrale del latte di Verona, in data 22-3-1967;

6) Centrale del latte di Adria (Rovigo), in data 27-12-1967.

Sono state concesse le seguenti omologazioni per gestioni di Centrali del latte:

1) Centrale del latte di Macerata, in data 12-4-1965;

2) Centrale del latte di Pistoia, in data 24-1-1966;

3) Centrale del latte di Genova, in data 14-4-1966;

4) Centrale del latte di Este (Padova), in data 15-10-1966.

VII. - TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Nel triennio sono stati segnalati i seguenti episodi di tossinfezione alimentare:

1965: 322 episodi con 5.235 colpiti
1966: 237 » » 4.054 »
1967: 200 » » 3.345 »

L'eziologia di questi episodi è stata la seguente:

1) stafilococco enterotossico:	1965:	80 episodi
	1966:	44 »
	1967:	46 »
2) salmonelle:	1965:	45 episodi
	1966:	38 »
	1967:	29 »
3) agenti eziologici diversi:	1965:	12 episodi
	1966:	18 »
	1967:	9 »

L'agente eziologico non è stato identificato in 185 episodi nel 1965, in 137 nel 1966, in 116 nel 1967.

A seguito del verificarsi di episodi di tossinfezione alimentare da Cl. botulinum ed in particolare considerazione della necessità terapeutica di intervenire il più rapidamente possibile con il siero antibotulinico, sono stati curati l'acquisto e la distribuzione a 35 Uffici Provinciali di 20.000 fiale di siero. Tali scorte integrano quelle reperibili nelle filiali e nei depositi dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

VIII. - MOLLUSCHICOLTURA

Al fine di evidenziare le reali condizioni igieniche sanitarie in cui opera l'industria della molluschi-coltura, è stata svolta una inchiesta a carattere nazionale. Con circolare n. 53 del 6-4-1965 sono state richieste le notizie sullo stato igienico-sanitario degli impianti di allevamento dei molluschi con particolare riferimento alla distanza da sbocchi di fogna, da centri e spiaggie abitati, da stabilimenti balneari ed industriali, da scarichi di rifiuti cittadini, nonché elementi circostanziati relativi alla produzione, depurazione, trasporto, vendita e rinfresco dei frutti di mare. E' stata inoltre data particolare importanza alla raccolta di dati sugli accertamenti microbiologici e chimici delle acque di allevamento e quelli relativi all'epidemiologia delle infezioni tifo-paratifiche rapportabili al consumo di lamellibranchi.

IX. - BREVETTI D'INVENZIONE

Sono pervenute dal Ministero dell'Industria, Commercio ed Artigianato n. 988 nuove domande di brevetti di invenzione.

Di queste e di quelle in corso di esame perché precedentemente pervenute:

n. 556 sono state restituite al Ministero Industria Commercio ed Artigianato con parere favorevole;

n. 80 sono state restituite al Ministero Industria Commercio ed Artigianato con parere non favorevole;

n. 8 sono state ritirate dal Ministero Industria Commercio ed Artigianato per rinuncia da parte dell'Impresa;

n. 30 sono state inviate ad altri Uffici per competenza.

Le rimanenti sono tuttora in corso di istruttoria.

X. - STUDIO DI PROBLEMI

Tra i problemi oggetto di studio particolare impegno è stato rivolto alla armonizzazione della legislazione sugli alimenti tra gli Stati membri del Mercato Comune Europeo attraverso la partecipazione alle numerose riunioni svoltesi in quella sede e attraverso la partecipazione alle sessioni del Codex Alimentarius.

In seno alla Commissione Consultiva per gli alimenti per la prima infanzia e i prodotti dietetici sono state approfondite e definite le caratteristiche degli alimenti omogeneizzati, degli integratori vitaminici-minerali e degli integratori proteici. Anche oggetto di esame è stato l'impiego del sorbitolo quale sostitutivo del saccarosio negli alimenti destinati ai diabetici e tutto il problema della dietetica ipoglucidica e ipocalorica.

E' stato esaminato il problema relativo alla irradiazione del latte alimentare ed all'aggiunta di vit. D. In conformità al parere espresso sull'argomento dal Consiglio Superiore di Sanità, la produzione ed il commercio di latte irradiato non sono più consentiti in tutto il territorio nazionale mentre l'aggiunta di vit. D al latte potrà essere autorizzata soltanto per le preparazioni lattee speciali.

I problemi relativi al trattamento con formaldeide del latte impiegato nella produzione del formaggio a pasta dura tipo « grana padano » nonché quelli inerenti all'impiego della urotropina nella produzione di formaggio « provolone » sono stati oggetto di approfondito studio da parte dei competenti organi tecnici che hanno anche predisposto un ampio piano di esperimentazioni al fine di accertare, nel prodotto finito, la eventuale presenza di residui tossici dei due additivi chimici impiegati e non riconosciuti dai paesi della CEE.

In merito alla presenza di aldeide formica nei crostacei macruri freschi è stato interessato l'Istituto Superiore di Sanità al fine di mettere a punto una metodica idonea ad accertare se tale sostanza sia dovuta a formazione

spontanea in presenza di solfiti alcalini o a trattamento artificiale a scopo conservativo non ammesso dalle vigenti disposizioni di legge in materia.

Per quanto riguarda il miele sono stati sottoposti al vaglio dell'Istituto Superiore di Sanità alcuni metodi di analisi per il controllo della genuinità della pappa reale proposti dall'Istituto di zoocoltura dell'Università di Perugia, sulla ricerca gas-cromatografica degli acidi di tale sostanza nonché sull'effetto foto-inibitore della stessa e sull'allevamento in vitro delle larve di api.

SERVIZIO ISPETTIVO MEDICO

Con decreto dell'On. Ministro 24 maggio 1966 è stato istituito nel maggio 1966 un Ufficio Ispettivo Medico alle dirette dipendenze del Ministro stesso, sotto la direzione dell'Ispettore Generale Medico Capo, con le seguenti attribuzioni:

ispezioni ordinarie sanitarie presso gli uffici periferici del Ministero e presso gli Enti vigilati;

ispezioni o inchieste di carattere straordinario;

relazioni sull'esito delle ispezioni;

formulazione di proposte in ordine ai provvedimenti da adottare per eliminare gli inconvenienti rilevati, coordinamento delle ispezioni;

conferimento degli incarichi ispettivi;

raccolta delle relazioni e loro comunicazioni agli uffici competenti;

collegamento e rapporti con l'Ufficio di Gabinetto e le Direzioni Generali.

La nuova organizzazione dell'importante Servizio Ispettivo, quindi, è sorta per effettuare controlli tecnici sistematici, ordinari, ed ispezioni saltuarie in particolari circostanze, richieste da vari settori di attività degli Uffici sanitari dipendenti o controllati dal Ministero. Infatti i tentativi attuati in precedenza, che avevano visto il Servizio Ispettivo Medico alle dipendenze delle singole Direzioni Generali o, negli ultimi anni, affiancato alla Direzione degli AA. AA. e del Personale, avevano mostrato l'esigenza delle unicità di indirizzo tecnico, autonomo per questo Servizio.

L'attività svolta nel triennio 1965 - 1967 (solo dal maggio 1966 dall'Ufficio ispettivo di nuova istituzione) si compendia in 406 ispezioni, a richiesta del Ministro, delle Direzioni Generali o su disposizione del Direttore del Servizio, allo scopo di controllare ospedali, opere igieniche, episodi infettivi, tossinfezioni, impianti igienici e di produzione di alimenti e bevande.

Poche sono state le ispezioni agli Uffici sanitari provinciali e comunali, per i motivi che seguono:

all'Ufficio ispettivo sono addetti, per ora, 10 ispettori generali e 3 medici provinciali, affiancati da una organizzazione amministrativa ridotta a modesti limiti, come numero di elementi, e pure si è fatto fronte a tutte le esigenze, a tutte le richieste, con vero sacrificio e superando spesso ostacoli e difficoltà non lievi.

Basti pensare che il giorno seguente ai moti tellurici in Sicilia, nonostante le difficoltà delle comunicazioni erano nelle località colpite tre ispettori generali medici e, con l'avvicendamento, la vigilanza sui servizi sanitari e di assistenza è stata mantenuta fino a quando è stato necessario, senza trascurare i servizi nelle altre province.

Lo stesso Direttore del Servizio, nella notte del ferragosto 1966, informato di un episodio tossinfettivo in provincia di Reggio Calabria, partiva immediatamente e l'indomani in giornata era sul posto per gli accertamenti ed i provvedimenti necessari, riferendo al Ministro la stessa sera sui fatti riscontrati.

E' da segnalare però che un servizio tanto importante, che è particolarmente evidenziato dalle recenti disposizioni sulla riorganizzazione dell'Amministrazione Pubblica (legge n. 249 del 18 marzo 1968) richiede mezzi e strutture adeguate, per cui sono state formulate proposte in corso di esame, per rendere efficiente questo organismo di controllo. Tali proposte qui di seguito si riassumono:

A) Strutturazione del servizio ispettivo centrale medico nel modo seguente:

Direttore del Servizio: Ispettore Generale Medico Capo.

Divisione I: Ufficio Affari Generali.

Divisione II: Ufficio Studi e documentazione tecnica.

Divisione III: Servizio ispettivo medico: Uffici sanitari periferici provinciali e comunali, assistenza alla maternità ed all'infanzia, malattie infettive, medicina del lavoro, scuole ed opere parascolastiche, acque minerali e stabilimenti termali, colonie e campeggi, igiene ambientale.

Divisione IV: Vigilanza sugli enti previdenziali ed assistenziali, professioni sanitarie ausiliarie ed arti ausiliarie, relative scuole; ospedali e case di cura, poliambulatori, dispensari e centri per malattie sociali, impianti di apparecchi radiologici.

Divisione V: Vigilanza sull'igiene degli alimenti e bevande, industrie alimentari e personale addetto, gelati e prodotti dolciari, prodotti dietetici, organizzazione dietetica nelle comunità, scuole di dietetica, produzione e commercio medicinali e presidi medico-chirurgici.

B) Attuazione di ispezioni sistematiche ed estensione del Servizio anche al controllo tecnico sull'utilizzazione dei contributi concessi dal Ministero della Sanità.

C) Necessità della partecipazione degli ispettori generali medici alle varie sezioni del Consiglio Superiore di Sanità, a seconda del settore al quale sono assegnati.

D) Opportunità di unicità di indirizzo tra i servizi tecnici ed amministrativi con contemporanea partecipazione di ispettori dei due rami.

Si ha fiducia che con l'approvazione e la messa in atto delle proposte sopra formulate per un'organica strutturazione del Servizio, possano meglio conseguirsi gli scopi che il Decreto istitutivo dell'Ufficio prevede.

UFFICIO RAPPORTI
INTERNAZIONALI

I. - L'ATTIVITA' INTERNAZIONALE NEL CAMPO DELLA SANITA' PUBBLICA

Le attività intraprese da diverse Organizzazioni Internazionali che operano in campo sociale e sanitario sono state caratterizzate in questi ultimi anni da un rapido e vasto sviluppo. Il settore è infatti uno di quelli che maggiormente si prestano alle iniziative di cooperazione internazionale, al fine di realizzare uno dei più elevati obiettivi in campo sociale, quello cioè di promuovere, mediante la messa in comune di risorse e di esperienze, il più elevato livello di salute delle popolazioni. Lo stato sanitario di una popolazione è infatti uno dei più importanti indici dello sviluppo economico e sociale di essa.

Relazioni e contatti tra diversi Stati in campo sanitario sono stati istituiti sin dai tempi lontani, ma è specialmente dopo l'ultima guerra che essi si sono intensificati sino a raggiungere lo sviluppo attuale. Sorti da prima per l'esigenza della difesa contro la diffusione di malattie trasmissibili, questi contatti si sono poi estesi alla cooperazione scientifica e tecnica, allo scambio di borsisti per la formazione ed il perfezionamento professionale, sino ad arrivare oggi ad una forma completa e continuativa di collaborazione internazionale, sotto l'egida delle grandi istituzioni inter-governative.

Il concetto base della attuale attività internazionale nel campo sanitario è quello della importanza delle condizioni di salute di una popolazione per il suo sviluppo economico e sociale. Una volta ammesso che fame, miseria, malattia ed ignoranza sono alla fonte dei conflitti internazionali, ne scaturisce che un ingente sforzo di cooperazione internazionale è necessario per favorire lo sviluppo economico e sociale dei Paesi cosiddetti « sottosviluppati » e per preservare così, per quanto possibile, la pace e l'equilibrio nel mondo.

Nel quadro delle Nazioni Unite sono state istituite delle agenzie specializzate per operare in settori specifici quali la FAO per l'alimentazione, l'UNESCO per l'istruzione, l'O.M.S. per la sanità. La ragione d'essere di questa ultima nasce dal principio basilare della sua stessa costituzione che sancisce il diritto alla salute di ogni popolazione, senza distinzione di razza, di colore, di credo politico e religione. E' merito dell'O.M.S. aver affermato per prima il principio, oggi universalmente accettato, che un livello soddisfacente di salute è la premessa indispensabile per ogni progresso economico e sociale.

Questo principio si trova poi alla base dell'attività di molte altre organizzazioni internazionali inter-governative, le quali, pur non prefiggendosi

come scopo primario una azione in campo sanitario, vanno svolgendo attività in tal senso, al fine del miglioramento delle condizioni sanitarie e sociali delle popolazioni: ricordiamo tra queste il Consiglio d'Europa sia nel quadro dei 17 Paesi che ne fanno parte, sia nel quadro più ristretto dei 7 Paesi dell'Europa Occidentale.

L'attività di queste organizzazioni persegue due fini principali:

a) la messa in comune delle esperienze e dei progressi tecnici-scientifici ed organizzativi, in modo che i risultati raggiunti da un Paese divengano patrimonio di tutti;

b) l'istituzione di accordi e di convenzioni per la soluzione di problemi comuni.

Vi sono inoltre delle organizzazioni internazionali, la cui attività in campo sanitario nasce da un preciso impegno contratto con la firma di trattati; valga menzionare per il nostro Paese la Comunità Europea istituita dal Trattato di Roma: sia per la Comunità Economica Europea che per la Comunità Europea dell'Energia Atomica l'armonizzazione di legislazioni di cui una parte non indifferente ha per oggetto dei settori di competenza sanitaria e rappresenta un'esigenza fondamentale per la messa in opera dei Trattati istitutivi.

II. - PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' DELLE ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI

A questa attività la nostra Amministrazione sanitaria partecipa attivamente prendendo parte alle varie riunioni degli organismi internazionali ove vengono decise le linee di azione, la politica generale ed i programmi di sviluppo sanitario nei nuovi Paesi. E' compito dell'Ufficio Rapporti Internazionali curare la partecipazione a queste attività, mantenere contatti con le Organizzazioni Internazionali e con il nostro Ministero degli Affari Esteri e stabilire il necessario collegamento tra i diversi settori dell'Amministrazione Sanitaria e le varie istituzioni scientifiche italiane da un lato ed il Segretariato delle Organizzazioni Internazionali dall'altro.

La partecipazione all'attività delle Organizzazioni Internazionali non si esaurisce nella partecipazione alle riunioni, ma comporta tutta una serie di adempimenti a carattere continuativo, dato che si richiedono relazioni periodiche, studi coordinati su diversi argomenti e l'espressione di pareri sulle varie forme di attività e sul loro sviluppo. Si vedranno in seguito alcuni esempi di studi coordinati, in corso di svolgimento secondo uno schema uniforme,

promossi dall'O.M.S. e condotti simultaneamente in diversi Paesi, in modo da poterne ricavare dati comparabili e soluzioni comuni.

Si tratta, come vedesi, di un'attività particolarmente impegnativa; quanto più efficente è la partecipazione di essa, tanto maggiore è il prestigio che ne deriva alla Amministrazione Sanitaria nazionale. Un'assidua ed attiva presenza di essa per il tramite degli appositi Uffici e delle Delegazioni Nazionali, la possibilità di apportare un contributo essenziale alle discussioni ed alle decisioni, una partecipazione efficente agli studi coordinati sono tutti elementi di stima e considerazione sul piano internazionale.

III. - L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'

Il massimo organismo di promozione e di coordinamento delle attività sanitarie internazionali è *l'Organizzazione Mondiale della Sanità,* una delle più importanti Agenzie specializzate delle Nazioni Unite; essa è la più vasta organizzazione internazionale esistente, contando oggi 124 Stati Membri. E' prova della importanza raggiunta dall'O.M.S. l'impegno che i più importanti Paesi pongono nel partecipare alla sua attività, la quale ha avuto recentemente un ulteriore sviluppo con l'accesso alla indipendenza da parte di numerosi Paesi, soprattutto nel continente africano. Questi Paesi necessitano di varie forme di assistenza tecnica per la creazione delle strutture necessarie al loro sviluppo. E' principio ormai universalmente accettato che il miglioramento dello stato di salute della popolazione è premessa indispensabile per ogni forma di sviluppo economico e sociale, specialmente laddove essa è compromessa dalla presenza di malattie endemiche ed epidemiche e da insufficienti condizioni igieniche ed alimentari.

La politica generale dell'Organizzazione nonché l'approvazione dei progetti di programma e di bilancio sono i compiti principali dell'*Assemblea Mondiale della Sanità,* che si riunisce, in sessione ordinaria, una volta all'anno. La delegazione italiana composta da funzionari del Ministero della Sanità è attivamente presente alle Assemblee, partecipando con approfondito impegno alle discussioni ed alle deliberazioni.

Sul piano europeo l'attività dell'O.M.S. fa capo all'Ufficio Regionale Europeo, con sede a Copenhagen; l'attività di essa viene studiata e definita dal *Comitato Regionale Europeo,* che si riunisce ogni anno. Oltre le riunioni costituzionali, l'O.M.S. organizza conferenze, seminari e corsi sui problemi di maggiore attualità ed importanza in diversi campi della sanità pubblica. Per alcune di queste attività viene scelta come sede il nostro Paese; valga ad esempio il « Seminario sugli aspetti sanitari della prevenzione degli incidenti stradali » tenutosi a Roma nell'ottobre scorso. L'organizzazione e lo sviluppo di queste attività vengono curate dall'Ufficio Rapporti Internazionali.

IV. - IL CONSIGLIO D'EUROPA

Il compito fondamentale del Consiglio d'Europa, quale figura nell'art. 1 dello Statuto, consiste nel « realizzare una più stretta unione tra gli Stati Membri, al fine di salvaguardare e promuovere gli ideali ed i principî che sono loro patrimonio comune e di favorire il progresso economico e sociale ».

In applicazione del principio già ricordato della importanza delle condizioni sanitarie di un Paese per il suo sviluppo economico e sociale, non potevano mancare nel quadro dell'attività del Consiglio d'Europa delle iniziative sul piano sanitario. Un *Comitato Europeo di sanità pubblica,* a carattere permanente, fu istituito sin dall'inizio; il suo compito principale è quello di elaborare dei progetti di accordi e di convenzioni in materia di sanità pubblica che, una volta approvati dagli organismi deliberanti, vengono aperti alla firma degli Stati membri in modo da divenire operanti per i Paesi firmatari.

In diversi problemi attuali di sanità pubblica, di comune interesse per i Paesi partecipanti, vengono poi adottate delle raccomandazioni che rappresentano delle direttive per una politica comune in campo sanitario.

1. - L'accordo parziale del Consiglio d'Europa.

Sotto questo nome si intende un accordo istituito tra alcuni Paesi dell'Europa Occidentale (Belgio, Francia, Italia, Lussemburgo, Repubblica Federale Tedesca, Regno Unito di Gran Bretagna ed Irlanda del Nord, Paesi Bassi) ai quali si è recentemente aggiunta anche la Svizzera. Scopo dell'accordo è quello di istituire una più stretta collaborazione in campo sociale con un'attività permanente di incontri e contatti tra le Amministrazioni nazionali interessate.

In campo sanitario tutta questa attività è diretta e coordinata dal Comitato di Sanità Pubblica, dal quale dipendono diversi Sotto-Comitati e Gruppi di lavoro, dei quali si ricordano i seguenti:

— Sotto-Comitato per il controllo sanitario delle derrate alimentari;

— Sotto-Comitato per le sostanze tossiche in agricoltura;

— Sotto-Comitato per le questioni farmaceutiche;

— Gruppo di lavoro sulle statistiche del cancro;

— Commissione Farmacopea Europea;

— Gruppo di lavoro sulle malformazioni congenite;

nonchè diversi altri gruppi di lavoro che vengono via via costituiti per lo studio di particolari problemi.

2. - La Farmacopea europea.

Particolare rilievo assume, nel quadro delle attività dell'Accordo Parziale del Consiglio d'Europa, la *Commissione della Farmacopea Europea*. Essa è stata istituita allo scopo di armonizzare le varie farmacopee nazionali e giungere così ad una Farmacopea valida per tutti i Paesi Europei. Dopo 3 anni di funzionamento i lavori, con la pubblicazione delle prime monografie, sono già giunti a risultati concreti. Il contributo italiano a questi lavori è stato particolarmente valido. Presidente della Commissione è stato eletto, fin dall'inizio e con mandato triennale, il Prof. Marini Bettolo; inoltre, la presenza degli esperti italiani più qualificati, sia nella Commissione che nei diversi gruppi di lavoro in cui essa si è articolata, si è dimostrata particolarmente fruttuosa, per impegno e competenza.

V. - BORSE DI STUDIO DI ORGANISMI INTERNAZIONALI

L'organizzazione del servizio di assegnazione di borse di studio offerte da parte di organismi internazionali rientra nelle competenze dell'Ufficio Rapporti Internazionali.

Ogni anno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il Consiglio d'Europa (C.E.) ed il Centro Internazionale per l'Infanzia (CIE) mettono a disposizione del Governo Italiano circa 30 borse di studio della durata media di un mese destinate alla ricerca medica e, specialmente, per migliorare la formazione del personale medico e paramedico dipendente da Enti di sanità pubblica e di medicina sociale.

L'Ufficio per i Rapporti Internazionali si occupa di raccogliere e selezionare — con l'ausilio di apposita commissione interna — le candidature dei borsisti italiani per l'estero che ogni anno vengono ripartite approssimativamente fra i predetti organismi (n. 18 borsisti dell'OMS - n. 10 del Consiglio d'Europa e n. 2 del CIE).

Inoltre, viene svolto il compito di ricezione e di assistenza dei numerosi borsisti provenienti da vari Paesi europei e degli altri continenti, inviati dai predetti Organismi Internazionali. Il numero di tali borsisti è di circa 65 all'anno. Per ognuno di essi viene preparato un programma di studio e di visite da svolgersi presso le Organizzazioni Sanitarie, Istituti e Centri di Ricerca nazionali.

Particolare assistenza viene dedicata ai borsisti OMS provenienti dalla Somalia che seguono in Italia l'intero corso di studi di medicina o farmacia. Questa assistenza si esplica direttamente oppure tramite i « tutori » italiani presso le Università di Roma e di Bologna. Tutte le formalità per la sistemazione universitaria, logistica e relativi contatti con il Ministero degli Affari

Esteri, le rispettive Ambasciate e con gli organi ispettivi dell'OMS vengono espletati dall'Ufficio Rapporti Internazionali.

Nel corso del 1967 anche l'OCSE e l'UEO, sia direttamente che tramite altri Dicasteri, hanno affidato alla organizzazione di questo Ufficio l'assistenza ed i programmi dei borsisti di propria competenza.

VI. - VISITATORI STRANIERI ED ACCORDI CULTURALI

Oltre ai borsisti di cui sopra, l'Ufficio riceve numerosi visitatori sia singoli che sotto forma di gruppi e delegazioni. Per lo più vengono presentati dal Ministero degli Esteri, dalle proprie Ambasciate o da Organismi Internazionali. Per ognuno di essi vengono formulati programmi sia al centro che alla periferia, talvolta molto impegnativi, il che richiede una particolare conoscenza dei servizi e delle istituzioni non solo nel settore operativo ma anche in quello culturale e della ricerca. Nel 1967 si sono avuti circa un centinaio di visitatori, ed alcune delegazioni, giapponesi, inglesi, brasiliane, somale.

Altri visitatori giungono nel nostro Paese nel quadro degli Accordi culturali. Questi ultimi richiedono maggiore impegno e dinamismo per la complessità dei programmi richiesti, per la sensibilità con cui questi contatti devono essere condotti e per la ripetuta partecipazione di questo Ufficio a riunioni presso il Ministero degli Esteri per rendere questi scambi quanto più proficui e fluidi malgrado le ovvie difficoltà organizzative. Nel 1967 si sono avute visite di delegazioni e singoli nel quadro degli Accordi Sovietici, Ungheresi e Polacchi mentre si è curata la visita di italiani in Russia ed in Albania in reciprocità. Tali scambi culturali verranno intensificati negli anni successivi intensificando anche il raggio di azione.

VII. - RICONOSCIMENTO DEI SERVIZI SANITARI PRESTATI ALL'ESTERO DA MEDICI ITALIANI

L'Ufficio si occupa, inoltre, di esprimere — su richiesta della Direzione Generale degli AA.AA. e del Personale — un parere sulla equipollenza dei servizi e qualifiche dei medici italiani che hanno prestato la propria opera presso Istituti Sanitari all'estero a norma della Legge n. 735 del 10 Luglio 1960. Vengono svolte, in media, circa un centinaio di pratiche di riconoscimento all'anno, il che implica un attivo scambio con la competente Direzione Generale e con gli stessi interessati che costituiscono un rilevante numero di visitatori richiedenti notizie dando adito, a volte, ad elaborate conte-

stazioni ed a diretti contatti — o tramite le Ambasciate — con le Associazioni sanitarie all'estero in grado di fornire ulteriori informazioni utili per la definizione dell'equipollenza.

VIII. - RICHIESTA DI NOTIZIE, DATI E VARIE

Perviene all'Ufficio Rapporti Internazionali una nutrita corrispondenza da parte dei Ministeri della Sanità e di Centri di Ricerca e sanitari di altri Paesi, nonché di numerosissimi singoli, intesa ad ottenere dati ed informazioni sui diversi aspetti della vita sanitaria italiana ecc.

Analogamente, all'Ufficio viene richiesto dalle varie Direzioni Generali del Ministero della Sanità di procurare informazioni, dati statistici, testi legislativi presso le Amministrazioni sanitarie di altri Paesi. Tutto questo comporta, ovviamente, una considerevole mole di lavoro, prevalentemente esplicata in lingue straniere.

IX. - PASSAPORTI DI SERVIZIO E VISTI DI ENTRATA

L'Ufficio mantiene attivi contatti con l'Ufficio Passaporti del Ministero degli Affari Esteri per il rilascio dei passaporti di servizio per i funzionari del Ministero e cura le pratiche per il visto di entrata dei visitatori di Paesi oltre cortina che visitano l'Italia per studio.